ance bulletin

56

Editeur: A.N.C.E., B.P. 255, 4oo3 Esch-sur-Alzette - paraît 6 fois par an
tirage du n. 56: 7oo ex.. Imprimé aux Ateliers de Réadaptation, 82, route d'Arlon - 8311 Capellen

edition spéciale

INHALT/CONTENU

p. 1: Robert SOISSON: Editorial

2: Camille HERMANGE: L'hébergement des personnes handicapées

1o: Prof. Dr. Jan Van der PLOEG: Die Zukunft der Heimbetreuung

24: Guy WALERS: Vorwort

25: Guy WALERS: Die "Poliklinik", psychiatrische Ambulanz des Hôpital Neuropsychiatrique de l'Etat

27: Romain THILLMAN: Le test de Rorschach

29: Lucien NICOLAY: Einführung in die Individualpsychologische Psychodynamik und Psychopathologie

36: Gilbert PREGNO: Approche systemique et thérapie familiale: une façon différente d'appréhender la réalité

4o: Mady ROULLEAUX: Introduction

41: Groupe de travail de l'Association Nationale des Assistantes d'Hygiène Sociale, Assiatantes Sociales et Infirmières Hospitalières Graduées:
Le maintien à domicile (étude)

en collaboration avec
la Société Luxembourgeoise de Psychologie
et avec
l'Association Nationale des Assistantes d'Hygiène Sociale, Assistantes Sociales et Infirmières Hospitalières Graduées

**ASSOCIATION NATIONALE
DES COMMUNAUTÉS ÉDUCATIVES**

Editeur: A.N.C.E., B.P. 255, 4003 ESCH-SUR-ALZETTE
Téléphone: 54 73 83 - 489
54 73 83 - 494
Parution: 6 X par année
Tirage: exemplaires

Abonnement: Veuillez verser la somme de 300.- Francs au CCP de l'ANCE 2977-67 ou sur notre compte BIL No. 7 - 150 / 1515 avec la mention: **Abonnement bulletin ANCE**
pour tous renseignements contactez notre trésorier:
M. Fernand LIEGEOIS
91, rue Principale, 3770 - Tetange

Les articles signés ne réflètent pas nécessairement l'opinion de l'ANCE.

L'A.N.C.E. a été constituée le 9 juin 1978. Elle est la section luxembourgeoise de la Fédération Internationale des Communautés Educatives (F.I.C.E.) qui a été crée en 1948 sous les auspices de l'U.N.E.S.C.O.. Cette organisation non gouvernementale qui a un statut B auprès de l'U.N.E.S.C.O. est actuellement la seule organisation internationale qui se préocupe des questions de l'éducation en institution.

L'A.N.C.E. regroupe actuellement une quarantaine de membres actifs (foyers, centres d'éducation différenciée, institutions spécialisées, associations de parents et professionnels du secteur social et psycho-pédagogique.

Les principaux objectifs de l'A.N.C.E. sont les suivants :

1) **défendre les doits des enfants, surtout des enfants les plus démunis;**
2) **promouvoir la coopération et le dialogue entre les différentes professions du secteur social et psycho-pédagogique;**
3) **soutenir les communautés éducatives dans les actions et projets visant une amélioration des conditions de vie des enfants;**
4) **promouvoir la formation continue des professionnels du secteur social et psycho-pédagogique;**
5) **mettre en oeuvre des programmes de loisirs et de vacances destinés aux enfants des communautés éducatives;**
6) **collaborer aux efforts d'intégration scolaire, professionnelle et sociale des enfants défavorisés;**
7) **publier régulièrement un bulletin;**
8) **collaborer activement aux travaux de la F.I.C.E.;**
9) **favoriser les échanges internationaux à tous les niveaux de l'action éducative.**

Président: Robert Soisson, B.P. 255, 4003 ESCH-SUR-ALZETTE
Secrétaire: Yvonne Majerus, 25, rue Marie Müller-Tesch, 4250 ESCH/A.

EDITORIAL

Die Idee zu diesem gemeinsamen bulletin von drei Organisationen aus dem Sozialbereich wurde im Centre d'Information et de Placement geboren. Angespornt durch eine jahrelange gute Zusammenarbeit besonders bei der Entwicklung des "Guide pratique" beschlossen Mady Roulleaux, Christine Wirion, Alfred Groff und ich den Versuch zu unternehmen, eine gemeinsame Publikation der Organisationen und Berufsgruppen des Sozialbereichs herauszugeben. Jeder von uns diskutierte dieses Projekt natürlich zunächst innerhalb seiner eigenen Organisation doch nachdem alle Kommittees grünes Licht gaben machten wir uns unverzüglich ans Werk. Wir sind stolz, Ihnen hiermit die erste Nummer dieses Projektes vorzulegen. Aus versandtechnischen Gründen erscheint sie als Sonderausgabe des ANCE-bulletins. Sie ist sicherlich noch in mancher Hinsicht unvollständig und verbesserungsbedürftig. Wir sind gespannt auf die Reaktionen der Leser und bitten Sie deshalb um aktive Mitarbeit indem Sie den Fragebogen von Seite 64 ausfüllen und an die ANCE, boîte postale 255 in 4oo3, Esch-sur-Alzette zurückschicken!
Wir haben einige Nummern mehr drucken lassen die wir an andere Organisationen aus dem Sozialbereich schicken werden um sie zur Mitarbeit zu gewinnen. Auch offizielle Stellen werden angeschrieben um sie von unserem Projekt in Kenntnis zu setzen.
Die Artikel in dieser Nummer sind sehr vielseitig. Interessant ist, daß Probleme, die unsere älteren Mitbürger betreffen, relativ breiten Raum einnehmen: Einerseits durch die Untersuchung der Vereinigung der Sozialhelferinnen zum "maintien à domicile", andererseits durch den Artikel von Camille HERMANGE, Ehrendirektor der ANCE-France zur wichtigen Frage der Unterbringung älterer behinderter Menschen. Interessant für die Heimerzieher ist der Artikel von Prof. Dr. Jan van der PLOEG über die Zukunft der Heimerziehung, eines der Einleitungsreferate zum FICE-Kongreß in Malmö vom August 1986 (s. ANCE-bulletins Nr. 52 und 54).
Von der Société Luxembourgeoise de Psychologie erhielten wir gleich fünf Originalbeiträge die allgemeine und spezielle Aspekte der praktischen Arbeit berühren.

In der Hoffnung daß Sie dieses bulletin noch vor Weihnachten erhalten wünsche ich Ihnen frohe Festtage und ein glückliches neues Jahr!

Robert SOISSON

ASSOCIATION NATIONALE DES COMMUNAUTES EDUCATIVES

L'HEBERGEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

SITUATION EN 1985 ET PROPOSITIONS

Extraits, analyse et commentaires du rapport présenté par Mme Eliane PROVOST, député, devant la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale.

Par Camille HERMANGE
Conseiller technique de l'A.N.C.E.

D.T. 71

- Mars 1986 -

DOCUMENTATION ADMINISTRATIVE

Supplément au bulletin de mars 1986

Le Gérant : D.VIDAUD

S O M M A I R E

oooooooooooooooo

1. *LES MOYENS D'HEBERGEMENT*

   1.1. La spécificité du domaine
   1.2. Le rôle essentiel des associations
   1.3. Les modes d'hébergement, leur importance respective
      1.3.1. Les établissements pour l'enfance et l'adolescence handicapées
      1.3.2. Les établissements pour adultes handicapés
      1.3.3. Le coût des prises en charge

2. *LES LIMITES DE L'APPAREIL D'ACCUEIL*

   2.1. Le poids de l'appareil d'accueil
   2.2. Les disparités géographiques
   2.3. Les aspects financiers de l'inertie
   2.4. Les risques de filiarisation

3. *UNE NOUVELLE EVOLUTION DES BESOINS*

   3.1. Les formes nouvelles de la demande
      3.1.1. Les formules expérimentales
      3.1.2. Les formules intermédiaires
      3.1.3. L'hébergement temporaire
      3.1.4. Le placement familial
      3.1.5. Le maintien à domicile
   3.2. Les nécessaires reconversions et adaptations de l'appareil existant
   3.3. Le vieillissement des personnes handicapées

4. *L'EVOLUTION DU DISPOSITIF SOUHAITABLE ET INELUCTABLE*

   4.1. La connaissance de la situation et la définition des moyens d'action
   4.2. L'aménagement du système de financement
   4.3. La décentralisation et le transfert des compétences

5. *CONCLUSION*

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

L'étude faite au niveau du C.T.N.E.R.H.I. (problèmes posés par la reconversion des établissements du secteur social et médico-social, publication du C.T.N.E.R.H.I. - collection "Etudes") a été reprise très récemment par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales et un rapport sur l'Hébergement des personnes handicapées a été déposé en mai dernier sur le bureau de l'Assemblée Nationale par Madame Eliane PROVOST, député.

Dans l'introduction, le rapporteur signale "que si des progrès tout à fait considérables ont été réalisés, les besoins sont loin d'être tous satisfaits, d'autant qu'ils évoluent" et que les changements qui caractérisent la politique sociale (équipements sanitaires, maintien à domicile, décentralisation) confrontent les institutions et les mécanismes à une exigence d'adaptation permanente.

En effet, l'évolution des besoins désigne les objectifs de la politique à conduire dans les années à venir, implique impérativement une adaptation du dispositif et cette adaptation qui doit faire face aux insuffisances constatées est d'autant plus indispensable au regard de la décentralisation dont les effets seront de plus en plus sensibles.

1. LES MOYENS D'HEBERGEMENT - LE PRODUIT D'UNE LONGUE EVOLUTION

Les moyens d'hébergement (et non les modes de prise en charge) ont connu depuis la libération une évolution continue qui apparemment a été lente, en réalité rapide si l'on prend en considération une situation de départ où non seulement les structures spécifiques étaient pratiquement inexistantes mais encore où la notion même de personne handicapée et les droits afférents à cette qualité étaient inconnus.

Il faut noter :

1) La spécificité du secteur et les difficultés d'appréhender les différents éléments d'appréciation. En effet les associations privées à but non lucratif ont été à l'origine de la plupart des réalisations et ce phénomène constitue un élément indispensable à la compréhension des problèmes actuels.

2) Le vote de la loi du 30 juin 1975 qui dans son article 1er a reconnu l'important secteur privé.

3) L'effort important fait dès 1981 dans le domaine des aides individuelles apportées à la personne handicapée et plus particulièrement aux personnes adultes.

1.1. La spécificité du domaine

La notion de personne handicapée est apparue relativement récemment en France - pendant longtemps en effet le concept du handicap était centré sur les infirmités physiques et plus particulièrement sur les infirmités sensorielles - La réponse au handicap mental était à peu près exclusivement l'internement psychiatrique à la rigueur l'hospitalisation dans les hospices.

Aussi la notion d'hébergement a-t-elle profondément évolué et évoluera-t-elle encore. Le maintien à domicile, notamment grâce à des structures de soutien et des aides spécialement conçues à cette fin, n'est perçu que depuis fort peu longtemps comme une forme d'hébergement.

Au réflexe "institutionnel" au sens précis "d'immobilier" pourrait-on dire a sans doute rendu moins aisée l'appréhension d'une part des problèmes dans leur globalité et d'autre part de la multiplicité des solutions envisageables. Il faut noter pourtant l'extrême diversité des catégories de solutions, leur insertion fréquente dans des structures sanitaires, sociales ou éducatives qui accueillent d'autres personnes que des handicapés proprement dits rendent délicate l'identification précise des moyens d'hébergement. Cette situation a pour conséquence la difficulté d'obtenir des données statistiques précises.

1.2. Le rôle essentiel des associations

La très grande majorité des moyens d'hébergement, au sens classique du terme (hébergement en institution) relève du monde associatif qui a joué un rôle de pionnier dans la création et le développement des établissements spécialisés. En effet, le monde associatif a en charge 80 % des places en établissement pour enfants handicapés, le reste se répartissant à raison de 12 % pour le secteur public et 7 % pour les autres intervenants (mutuelles, caisses d'assurance maladie...). Le nombre des places de ces établissements était, selon le dossier F.I.N.E.S.S. de 133.000 au 31 décembre 1983.

Chiffre qu'il faut rapprocher de celui des structures accueillant spécifiquement des adultes handicapés soit 38.000 dont 3.600 pour les M.A.S. (chiffres 1984 - source Ministère des Affaires Sociales). Le secteur associatif prend en charge 88 % des places d'hébergement et de travail, le secteur public, n'en ayant, quant à lui que 6,5 %.

A noter que les initiatives dont ont fait preuve les associations - et notamment les associations de parents d'enfants inadaptés - ont souvent eu leur prolongement dans le secteur "adultes" au fur et à mesure du vieillissement des premières classes d'âge et de la découverte de l'insuffisance de l'équipement pour les adultes.

Le rapporteur note que le lien très fort entre le monde associatif et les établissements d'hébergement fournit l'explication de bien des aspects de la situation actuelle :

1) Globalement, la satisfaction quantitative des besoins pour les enfants est assurée, il n'en est pas de même pour les adultes où lorsqu'un effort spécifique a été fait, il est beaucoup plus récent, et pour d'autres fonctions que l'hébergement, fonctions souvent plus délicates à assurer et quelquefois aussi moins coûteuses.

2) Le poids de l'acquis, celui des réalisations du secteur associatif doivent être aussi pris en considération dans les perspectives d'adaptation et de reconversion qu'impose l'évolution des besoins.

1.3. Les modes d'hébergement et leur importance respective

La distinction entre établissements pour enfants et établissements pour adultes historiquement très ancrée a été pérennisée par les textes. Elle persiste même si parfois, et pour d'autres raisons, de jeunes adultes demeurent dans les I.M.PRO au-delà de 20 ans.

1.3.1. Les établissements pour l'enfance handicapée

Le rapport de l'I.G.A.S. mentionne que le dispositif comprend 1900 établissements disposant de 133.000 places (France + DOM). Il faut ajouter les services rattachés aux établissements mais disposant d'un budget distinct :

- une cinquantaine de placements familiaux spécialisés soit 1600 places
- une centaine de services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (SSESD) soit 2000 places prenant en charge 3600 enfants hors établissements
- 135 CAMSP pour les moins de 6 ans
- 550 CMPP pour les 6/18 ans
- une douzaine de Bureaux d'aide psychologique universitaire (B.A.P.U.) ouverts aux étudiants et aux jeunes de plus de 18 ans.

Il faut ajouter, plus récemment, dans le cadre de la politique d'intégration scolaire la création de services de soins et d'éducation spécialisée à domicile intervenant au sein des écoles relevant de l'éducation nationale avec prise en charge assurance maladie. Il s'agit le plus souvent d'équipe de soins sortant des établissements spécialisés.

Les 133.000 places des 1900 établissements étaient occupées, fin 1982 par 120.600 enfants, adolescents ou jeunes adultes soit un coefficient d'occupation de 91 % avec une répartition par nature de handicaps donnée par le tableau ci-dessous :

Déficience	Capacité totale	Capacité moyenne par ets.	Taux d'occup. par ets.	Effectifs présents	%
Mentale	97.300	69.9	91	88.700	73.6
Motrice	8.600	65.4	93	8.000	6.6
Sensorielle	14.100	103.4	83	11.700	9.7
Comportementale	13.000	58.4	94	12.200	10.1
Ensemble	133.000	70.4	91	120.600	100

Au sein des établissements pour déficients mentaux on peut distinguer :

- les I.M.P. - taux d'occupation.....: 89 %
- les I.M.PRO - taux d'occupation.....: 94 %
- les établissements pour arriérés profonds - taux d'occupation.....: 93 %
- les établissements pour polyhandicapés graves - taux d'occupation.....: 95 %

Pour les établissements pour sensoriels on peut distinguer :

- les établissements pour sourds - taux d'occupation.....: 82 %
- les établissements pour aveugles - taux d'occupation.....: 86 %

Il faut noter encore que le nombre de places est passé pour l'ensemble des établissements de 51.000 en 1960 à 140.750 en 1975 selon les progressions ci-après par handicaps :

- Handicapés mentaux..... de 29.200 à 103.700 (355 %)
- Handicapés moteurs..... de 2.760 à 11.000 (398 %)
- Handicapés sensoriels..... de 9.065 à 11.750 (129 %)
- Trouble du comportement..... de 10.000 à 14.300 (143 %)

Entre 1975 et 1982, il faut noter une baisse de capacité d'accueil de 7 % pour l'ensemble du secteur.

Les perspectives démographiques, renforcées par quelques autres facteurs (intégration scolaire, progrès de la médecine, frein mis pour les pouvoirs publics pour la création de nouvelles places...) montrent que cette tendance à la diminution globale dans les établissements pour l'enfance inadaptée se confirmera, pour le moins, dans les années à venir.

1.3.2. Les adultes handicapés

Ici la situation est totalement différente de ce qu'elle est pour le secteur enfant. En effet le développement de l'appareil d'accueil en établissement est récent, la prise de conscience des besoins ayant été plus tardive et l'accroissement de ceux-ci étant plus récents aussi. Il y a 20 ans encore, les adultes handicapés vivaient dans leur famille, ou dans des structures sanitaires ou sociales, en hôpitaux psychiatriques ou en hospice lorsqu'ils ne disposaient pas d'une autonomie suffisante pour vivre seuls.

Le nombre total de lits d'hébergement pour adultes handicapés est passé de 4.700 en 1970 à 15.900 en 1975, puis à 29.700 en 1981, enfin à 38.000 en 1984.

Les moyens d'accueil dans les structures de travail protégé ont évolué d'une manière comparable.

C.A.T. 15.000 Places en 1970
26.000 Places en 1975
44.500 Places en 1981
58.000 Places en 1984
} Ateliers protégés de 4.300 à 6.300

La création des Maisons d'Accueil Spécialisées s'est faite plus lentement

650 places en décembre 1979
1535 places en juin 1981
3614 places en juillet 1984 (+ 135 %)

82 M.A.S. dont 37 issues d'opérations de reconversion principalement d'établissements d'enfants, de services hospitaliers, de sections d'hospices, 11 ont un statut public.

Le nombre de places en foyer est passé de :

22.000 en 1978
28.100 en 1981
34.000 en 1984 (+ 20 %)

soit en décembre 1982

foyers d'hébergement.....	620 ets	19.695 places
foyers logement.....	37 ets	1.141 places
foyers de vie.....	98 ets	4.747 places
établissements expérimentaux..	8 ets	579 places

Au début de l'année 1984 on enregistrait 31.567 personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale dans les hospices ou maisons de retraite et 4.366 dans les centres ou unités de long séjour.

En 1978, 17.000 handicapés mentaux étaient pris en charge par les hopitaux psychiatriques soit 5.700 débiles légers et 11.300 débiles mentaux moyens et profonds - près de la moitié était âgés de moins de 35 ans, 15 % avaient plus de 55 ans - la durée de séjour dans les hôpitaux psychiatriques est pour plus de la moitié de plus de 10 ans - il est vraisemblable que ce nombre ait diminué

Les formules intermédiaires

Il s'agit là de formules souvent innovantes type foyers éclatés.

* Les foyers : type "foyers soleil" offrant des formes très souples laissant à une grande initiative à la personne qui est alors installée dans un appartement qui lui est propre - il s'agit souvent de personnes ayant un lourd handicap physique.

* Les appartements thérapeutiques : constituent pour certains handicapés mentaux un type d'établissement alternatif, individualisé. Là comme ailleurs il y a plusieurs variantes, certaines étant réalisées par le secteur psychiatrique, d'autres par des associations.

* L'aide à domicile : est assurée auprès de personnes handicapées par des auxiliaires de vie, notamment depuis 1981. Le soutien des personnes handicapées mentales constitue une autre forme d'aide.

* Les communautés de vie : le plus souvent d'inspiration religieuse, implantées notamment en Alsace, sont fondées sur l'aide de personnes valides vivant quelques mois ou quelques années parmi les personnes handicapées.

* Enfin, le placement familial : intéresse actuellement 3.000 adultes handicapés mentaux.

1.3.3. Le coût des prises en charge

Pour l'année 1982, l'I.G.A.S. indique dans son dernier rapport que le coût de fonctionnement des établissements et services pour l'enfance inadaptée atteint 12.363 millions de francs répartis ainsi :

	Montant en Millions de francs	%
- Assurance Maladie	9.573	77.5
- Aide sociale à l'enfance (pour inadaptés)	1.888	15.3
- Aide sociale aux handicapés	264	2.1
- Ministère de l'éducation Nal	598	4.8
- Etablissements Nationaux relevant du Ministère des Affaires Sociales	40	0.3
	12.363	100

Non compris les dépenses entraînées par le fonctionnement des centres médicaux psychopédagogiques (C.M.P.P.), des centres d'actions médico-sociale précoce (C.A.M.S.P.)

Pour les adultes handicapés placés en établissements spécifiques, le montant total des dépenses atteint 6.100 millions de francs dont 3.130 pour les Centres d'hébergement, 2.948 pour les centres de rééducation professionnelle et les C.A.T., 22 pour les auxiliaires de vie.

2. LIMITES DE L'APPAREIL D'ACCUEIL

2.1. Le poids de l'appareil d'accueil

L'ancienneté de l'effort engagé dans le secteur handicaps explique les difficultés rencontrées. Depuis une trentaine d'années la situation a profondément évoluée. Les besoins sont globalement couverts en ce qui concerne les enfants et les adolescents. Quelques insuffisances sans doute pour les handicaps rares et les polyhandicapés.

Le poids des infrastructures existantes.
La baisse des besoins pour l'enfance traduite par une baisse d'environ 8 % des capacités d'accueil vise surtout les I.M.P., les I.M.PRO recrutant parfois à la sortie des S.E.S. ou gardant les jeunes au-delà de 18/20 ans, l'âge maximum d'agrément.

Par contre, les besoins en établissements d'adultes restent importants, notamment du fait du flux des sorties des I.M.PRO et du fait du réexamen de la situation des handicapés adultes placés actuellement en hospice ou en hôpital psychiatrique (environ 45.000).

D'une façon générale, le manque de places est assez alarmant en ce qui concerne les ateliers protégés, les C.A.T.

2.2. Les disparités géographiques

L'existence de "départements d'accueil" témoigne de l'inadéquation géographique de l'appareil d'accueil aux besoins = en 1978, 20 % des enfants handicapés étaient placés dans un autre département que le leur :

- 13,5 % pour les déficients mentaux
- 31 % pour les T.C.C.
- 42 % pour les handicapés graves
- 46 % pour les handicapés moteurs
- 49 % pour les déficients auditifs
- 57 % pour les déficients visuels

Cette inégale répartition explique logiquement l'importance de l'internat comme mode de placement pour les enfants (46 % des places).

Pour les adultes il est plus difficile d'apprécier les disparités géographiques du fait de la notion de domicile de secours.

2.3. Les aspects financiers de l'inertie

Du fait des structures existantes on note un fort maintien de l'internat d'une part, mais aussi il faut noter la croissance des coûts dans le temps. Depuis 1975 le coût à la place disponible donc qui ne tient pas compte des effets de la baisse des taux d'occupation a augmenté de 50 % en francs constants (et non francs courants !). La part des dépenses en personnel, salaires et charges sociales représente 75 % du prix de journée de I.M.E.

L'absence, en proportion significative de formules intermédiaires entre le maintien à domicile et l'hébergement institutionnel est, à sa manière, le témoignage de l'inertie du système.

2.4. Les risques de "filiarisation"

L'analyse de l'appareil d'accueil et de soins du secteur "enfants-adolescents" en cinq filières (médicale, médico-sociale, sociale, scolaire spécialisée, judiciaire) montre les inconvénients que de telles distinctions comportent en elles-mêmes. Il faut regretter l'absence de passerelles entre les diverses filières, conduisant à une tendance à la "filiarisation" due à l'existence d'institutions s'adressant successivement à la même catégorie de handicapés à différents âges (exemple : I.M.P. - I.M.PRO - C.A.T. et Foyer). Il faut regretter que cette "filiarisation" finisse par paraître normale à la quasi totalité des jeunes handicapés et surtout à leurs parents.

La préexistance d'établissements, d'institutions ne constitue pas le seul élément limitant la valeur, l'efficacité et l'adaptabilité de la politique d'hébergement des personnes handicapées. Les règles juridiques, administratives et financières y contribuent aussi pour une très large part.

3. UNE NOUVELLE EVOLUTION DES BESOINS

Il est inutile de répéter que les besoins changent, quantitativement et qualitativement, notamment du fait de la politique d'insertion des handicapés - et plus particulièrement des jeunes - dans la société. Ce principe est affirmé dans le premier article de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

3.1. Les formes nouvelles de la demande

On ne peut que souligner l'intérêt qu'il y a d'adapter l'hébergement aux besoins, aux désirs d'une population, aux évolutions possibles des structures existantes. La taille des établissements est le premier élément à prendre en considération : unanimité pour proscrire les grandes concentrations - plafond absolu de 60 places pour les établissements d'enfants - plafond absolu de 30 places pour les foyers. Eviter à tout prix la promiscuité enfants/adultes.

3.1.1. Les formules expérimentales d'hébergement concernent essentiellement les foyers : à la structure traditionnelle s'ajoute les logements studios, les foyers logement, les foyers soleils, les foyers logement éclaté. Ces hébergements offrent une grande liberté et une réelle sécurité aux résidents.

3.1.2. Les formules intermédiaires :
. soit entre l'hébergement (confinement) et le maintien à domicile
. soit comme transitoire entre deux formes d'hébergement.

Il peut s'agir de structures de soins psychiatriques en appartements implantés dans la cité, d'appartements gérés, par une association le plus souvent, pour le compte de personnes que leurs difficultés amènent à n'avoir plus toute leur autonomie sociale, des formules souples d'appartements thérapeutiques et communautaires offrant les prestations de soins et d'aide les mieux adaptées à leurs besoins.

Pour les jeunes sortant d'I.M.PRO, il serait souhaitable de mettre en place des prises en charge transitoires, les équipes de préparation et de suite, trop peu nombreuses répondent souvent à d'autres préoccupation.

3.1.3. L'hébergement temporaire est aussi à envisager notamment lorsque la famille, la tierce personne ne peut momentanément assumer la charge qui est la sienne.

3.1.4. Le placement familial, formule très ancienne est aussi à envisager et mériterait d'être réexaminée. Certains obstacles à son adaptation - et notamment le statut des familles d'accueil - devraient être levés afin que ce mode de prise en charge continue à apporter une solution dans un domaine où la multiplicité des formules est un atout maître.

3.1.5. Le maintien à domicile

Le maintien à domicile n'est pas contesté en ce qui concerne les aspects humains. Encore faut-il mettre en place des structures d'aide et de soutien, et sous réserve que la famille, les parents puissent supporter la charge que représente l'enfant, l'adolescence ou l'adulte handicapé, charge qui est fonction de l'autonomie dont il peut disposer et de l'évolution possible de cette autonomie.
Certaines collectivités locales interviennent dans le cas du maintien à domicile :
- installation de moyens de transport
- création de service "d'auxiliaires de vie"
- ouverture des soins hospitaliers aux personnes handicapées
- création d'un service d'animation permettant de sauvegarder au maximum la vie sociale.

3.2. Les nécessaires reconversions et adaptations de l'appareil existant

Compte tenu des constatations qui précèdent, il est clair que de nombreuses opérations de reconversion et d'adaptation s'imposeront ou qu'en tout cas, l'éventualité devra en être examinée.

La réduction quantitative des besoins de l'enfance conduit nécessairement à une diminution des capacités des I.M.P. - la chute des capacités est liée aussi à la chute de la natalité - 2,5 % par an soit 23 % entre 1982 et 1992.

Par contre pour les adultes il faut, aux besoins actuels déjà non satisfaits, ajouter une demande croissante alimentée par le flux des sorties d'I.M.PRO, des hôpitaux, des hospices.

A l'inertie propre à toute institution existante, au réflexe naturel de maintien, de suivre de l'établissement, s'ajoutent les facteurs de freinage liés aux procédures.

La règlementation devra prendre en compte les frais financiers consécutifs aux reconversions et éventuellement aux fermetures d'établissements.*(1)*
A noter que les reconversions les plus difficiles seront celles correspondant aux hospices et aux sections d'hôpitaux psychiatriques qui appartiennent au secteur sanitaire, d'où une nécessaire perméabilité entre le secteur social et le secteur sanitaire est à mettre en place.

(1) Des dispositions ont été adoptées par le parlement depuis la publication de ce rapport, voir notamment l'article 25 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 ajoutant à l'article 26 de la loi 75.535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, un article 26.1

Il faut connaître l'intérêt et aussi les limites de la reconversion. En effet, le souci premier est de mettre en valeur le patrimoine existant, de maintenir l'emploi des personnels, notamment dans les zones rurales - et toutes les fois qu'une reconversion peut être envisagée avec profit à court ou moyen terme, elle doit être conduite jusqu'à la transformation envisagée. Il faut éviter le "piège de la reconversion facile" - étudier les besoins et leur évolution, aussi le coût des transformations à envisager, l'emplacement, les possibilités offertes par l'environnement.

Sans doute sera-t-il nécessaire de surmonter le cloisonnement des organismes gestionnaires en créant des groupements pour la gestion des personnels au niveau géographique ou par famille d'associations.

3.3. Le vieillissement des personnes handicapées

L'amélioration de l'éducation, des conditions de prises en charge, donc des conditions de vie des personnes handicapées, d'une part les progrès de la médecine, d'autre part ont pour effet de permettre à ces personnes d'atteindre un âge qu'autrefois elles n'atteignaient que très rarement.

La précocité du phénomène de vieillissement chez les personnes handicapées est aussi une donnée essentielle dont il faut mesurer l'ampleur et surtout les conséquences. On note en effet chez certains handicapés moteurs - et même mentaux - un vieillissement prématuré dus à la plus grande vulnérabilité ou à l'intensité des efforts réalisés pour compenser le handicap.

Ce phénomène de vieillissement d'apparition relativement récente entraîne une prise de conscience nouvelle d'une importance considérable et qui aura souvent pour conséquence l'apparition de situations parfois difficiles à résoudre. Chaque cas constitue souvent un cas particulier et toute mesure d'ensemble, toute solution unique sont exclues.

Cette situation nouvelle ne pourra non plus trouver de solution nationale puisque les lois relatives à la décentralisation font rentrer dans le champ de compétence "Président du Conseil Général" les Foyers d'hébergement. Certes les maisons d'accueil spécialisées, les établissements du secteur sanitaire, le secteur psychiatrique restent de compétence "Etat" mais les placements dans de telles structures sont en opposition avec le maintien de la personne handicapée dans son milieu habituel de vie.

La loi du 22 juillet 1983, la loi du 6 janvier 1986 ont prévu l'élaboration d'un schéma départemental d'aide et d'action sociale. Il appartiendra donc aux Conseils départementaux de développement social - qui vont se mettre en place - de faire rapidement une analyse des besoins et aussi d'en suivre l'évolution.

4. L'EVOLUTION DU DISPOSITIF SOUHAITABLE ET INELUCTABLE

4.1. La connaissance de la situation et la définition des moyens d'action

Il est nécessaire de se donner les moyens de connaître - de mettre au point un outil d'observation, une analyse des besoins quantitatifs et qualitatifs, la définition d'un projet pour chaque niveau géographique, l'élaboration de "plans glissants" - "Faute de se donner ces moyens d'analyse et de propositions et il n'y aurait de solution qu'autoritaire, de normes à appliquer peu compatibles avec une certaine pluralité à maintenir, facteur de richesse pour tous" (rapport de l'I.G.A.S.).

L'analyse des besoins pour le secteur de l'enfance devrait être réalisé au niveau du département, pour les adultes au niveau régional. La structure responsable pourrait être une structure identique ou remplaçant les C.R.I.S.M. mais aussi le conseil départemental de développement social et le conseil départemental d'hygiène mentale - à l'échelon national le conseil national consultatif des personnes handicapées, après avoir été consultatif, est devenu en 1984 une force de proposition dotée d'un pouvoir de saisine -

Il convient aussi de rechercher une souplesse dans les catégories d'établissements dans leur structure administrative et dans leur fonctionnement financier en leur facilitant une meilleure adaptabilité aux besoins. Il est nécessaire d'ouvrir les établissements, de leur permettre d'intervenir, soit en aval d'un séjour en établissement, soit en alternance, soit en amont, soit parallèlement, soit à la place, dans l'intérêt des handicapés d'abord, dans celui des institutions et de leur personnel (reconversion), de la collectivité enfin (résultats sociaux, coût financier...).

4.2. L'aménagement du système de financement

Chacun connaît l'inégalité considérable, liée non pas aux handicaps, mais aux structures vers lesquelles le hasard, le plus souvent, a dirigé les adultes handicapés. En effet, chaque structure possède son mode de financement, total (assurance maladie) ou partiel (aide sociale).

Le rapport d'Eliane PROVOST distingue trois types de dépenses :

- les frais d'hôtellerie, les frais d'hébergement et de logement (qui pourraient rester à la charge des personnes hébergées disposant de moyens financiers suffisants)

- les soins médicaux et para médicaux (qui seraient à la charge de l'assurance maladie)

- les dépenses de soutien et d'aide liées au handicap (qui seraient pris en charge par l'aide sociale)

Mais les difficultés que soulève une telle répartition sont nombreuses : définition des notions de soins et de soutien, par exemple. Aussi est-il souvent proposé, au contraire, de l'unifier. Des projets de textes ont été présenté au Conseil National Consultatif des personnes handicapées ; ils prévoyaient un double financement - assurance maladie et aide sociale - vraisemblablement la solution d'un financement simple serait trouvé.

Le rapport signale, en outre :

1) qu'il ne faut pas oublier que l'aménagement de l'ensemble des prestations servies aux personnes handicapées devra résoudre le problème de la trop faible incitation financière à travailler.

2) qu'il convient d'éviter que le nouveau régime de financement incite certaines personnes à demander leur hébergement en établissement alors que leur handicap ne l'exige nullement.

Un groupe de travail présidé par M. FONROJET, Directeur Adjoint de l'action sociale au Ministère des Affaires Sociales avait formulé en 1985 la proposition suivante :

"Le groupe de travail s'est prononcé en faveur de l'institution d'une contribu-
"tion forfaitaire, pouvant être différente suivant que la personne handicapée
"travaille ou ne travaille pas, mais ne pouvant pas, en tout état de cause, dé-
"passer un montant global fixé à l'échelon national".

"L'institution d'un tel dispositif est apparu susceptible, aux membres du groupe,
"de permettre de rétablir une certaine équité dans les conditions dans lesquelles
"les personnes handicapées sont appelées à participer à leur frais d'hébergement
"et d'assurer la maîtrise des charges incombant aux collectivités publiques".

Il est certain, comme le souligne le rapport, que la complexité des mécanismes, le poids considérable des sommes en cause, exige une concertation préalable avec les représentants des élus locaux, ceux de la Sécurité Sociale, mais il devient urgent d'engager le processus de réforme.

Le financement par dotation globale, et non plus par prix de journée ne constitue qu'une modalité de versement des sommes dues et non une réforme de financement. Mais ce nouveau mode de financement devrait permettre de trouver des formules originales prenant en compte les besoins réels des personnes handicapées.

4.3. La décentralisation et le transfert des compétences

C'est dans le domaine social que la décentralisation est la plus importante :
- suppression des financements croisés
- définition des blocs de compétences

L'Etat garde les pouvoirs d'autorisation de création sur les établissements financés par lui ou par la Sécurité Sociale.

Le département voit ses compétences élargies et le conseil général se voit confier :
- l'élaboration du règlement départemental d'action sociale
- l'élaboration du schéma départemental des établissements et services sociaux et médico sociaux
- l'organisation des services sociaux et des actions de prévention sanitaire

Le Président du Conseil Général est responsable :
- de l'autorisation et de l'extension des structures financées par le département (notamment les foyers d'hébergement)
- de l'habilitation des établissements et services à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance
- de la fixation annuelle de la tarification des prestations fournies par les établissements habilités par lui.

A noter que les restrictions imposées par l'Etat en matière de créations d'emplois ou d'accroissement des dépenses à la charge de l'Etat ou de l'assurance maladie ne s'appliquent pas aux établissements financés par le département.

"Définition des besoins, des objectifs, des moyens, concertation entre les collectivités publiques, concertation avec les associations. Voilà les jalons d'une mise en oeuvre réussie de la décentralisation pour ce qui concerne l'hébergement et la prise en charge des personnes handicapées".

Il n'en reste pas moins vrai que certaines structures seront régionales, d'autres pluri régionales sinon nationales. On ne peut que regretter que les investissements de catégorie I (établissements pour poly et pluri handicapés) ne restent pas tant pour leur création, leurs investissements, leur fonctionnement de compétence "Etat".

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

CONCLUSION

.....

Pour faire face à l'évolution des mentalités, à l'évolution des besoins à la nécessaire adaptabilité des structures, c'est d'abord d'un outil d'analyse et d'aide à la décision qu'il convient de se doter :

- la concertation qu'implique la décentralisation et qui aurait du être mise en oeuvre depuis longtemps constitue un objectif essentiel
- cette concertation doit aussi déboucher pour les associations à une contractualisation de leurs relations avec les collectivités locales et l'état. Un premier pas a été franchi avec les circulaires des 27 janvier 1975 (Premier Ministre) et 25 février 1975 (action sociale) et 2 janvier 1976 (Education Surveillée)
- le décloisonnement entre les différentes catégories d'établissement et la remise en cause de la notion de filière est un axe essentiel de la réforme
- l'harmonisation des mécanismes de prise en charge constitue un objectif prioritaire
- l'adaptation et la reconversion des établissements pour répondre aux besoins réels d'une population donnée.

**
** **

La commission des Affaires Culturelles, familiales et sociales de l'assemblée Nationale a examiné le rapport présenté par Eliane Provost dans sa séance du 30 avril 1985.

Retenons des observations faites, les propositions suivantes :

- le développement des "foyers occupationnels", ils constituent en effet, une réponse adaptée aux besoins des personnes qui ne sont pas acceptées dans les M.A.S. et qui, pour des raisons de capacité de travail, ne le sont pas davantage dans les C.A.T.
- la création de formules nouvelles de foyers (foyers-soleil, etc...) développées notamment dans les villes qui ont fait un effort particulier dans ce sens constitue des avancées non négligeables du fait de leur intégration dans l'environnement même si cette formule risque d'entraîner des contraintes particulières pour les collectivités locales. Ces structures intégrées montrent à l'ensemble de la population l'intérêt de l'insertion de tels foyers dans le milieu de vie ordinaire.

** ** ** ** ** **

En publiant ce document, l'A.N.C.E. dans le souci d'une information la plus large possible, a tenu à diffuser l'étude la plus récente effectuée à l'échelon national sur la situation de l'hébergement des personnes handicapées.

Ainsi les administrateurs des organismes gestionnaires les directeurs d'établissements et de services, les représentants des personnels auront à leur disposition une étude sérieuse qui doit nécessairement être modulée pour tenir compte de la situation particulière de l'équipement de chaque région, de chaque département.

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Die Zukunft der Heimbetreuung

1. Einleitung

Mit einem glänzenden Auftakt zu dieser Tagung könnte ich Ihnen aufwarten, wenn ich in der Lage wäre Ihnen jetzt ein exaktes Bild vom Heim der neunziger Jahre zu zeichnen, eine futuristische Skizze zu entwerfen von einem supermodernen Aufnahmezentrum, in dem die problematischen Jugendlichen dieser Zeit noch effizienter behandelt werden als in den vergangenen Jahren.
Leider muss ich diejenigen enttäuschen, die mit derartigen Erwartungen nach Malmö gekommen sind. Die Entwicklung der sozialen Wirklichkeit lässt sich nicht so einfach beherrschen wie die Entwicklung eines neuen Kraftfahrzeugtyps. Zu viele Faktoren wirken auf den Entwicklungsprozess der Heimerziehung ein, als dass zuverlässige Voraussagen über die Zukunft gemacht werden könnten.

Bedeutet dies, dass es sinnlos ist, sich mit den zukünftigen Entwicklungen zu befassen?
Ganz sicher nicht.
Es wäre im höchsten Masse kurzsichtig, den Entwicklungen ihren Lauf zu lassen und passiv abzuwarten, was die Zukunft uns bringen mag. Die Tatsache, dass wir nicht in der Lage sind, eine genaue Prognose unserer Gesellschaft für das Jahr 2000 und der darin eingegliederten Heimbetreuung zu geben, entbindet uns nicht von der Verpflichtung, so viel wie möglich wenigstens annäherungsweise darüber auszusagen.

Auch menschliches Verhalten ist nicht hundertprozentig vorhersehbar. Und dennoch geben wir uns viel Mühe, um über diagnostische Untersuchungen und Beurteilungen der Person und ihrer Umgebung zu Aussagen über ihr künftiges Verhalten in der Schule, in der Familie, am Arbeitsplatz und so weiter zu kommen. Die Psychologie leitet davon sogar ihre Existenzberechtigung ab.

In Anlehnung an die Aussagen, die man auf individueller Ebene über künftiges Verhalten macht, erscheint es

sinnvoll, auch auf gesellschaftlichem Niveau Analysen anzustellen, die uns der Antwort auf die Frage näher bringen: Wie wird unser gesellschaftliches Leben in zehn, zwanzig Jahren sich gestalten, und wie wird unsere Heimbetreuung dann aussehen?

Bevor ich nun auf diese Frage eingehe, möchte ich gerne auf folgendes hinweisen:

Erstens ist das menschliche Verhalten nicht allein deshalb so schwer vorhersehbar, weil so viele Variablen darauf einwirken, sondern auch deshalb, weil diese Variablen zum grössten Teil nicht unter Kontrolle zu kriegen beziehungsweise zu halten sind. Für gesellschaftliche Entwicklungen gilt das in noch stärkerem Masse. Zudem müssen bei gesellschaftlichen Entwicklungen Phänomene berücksichtigt werden, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch unbekannt sind. Die Soziologie traut sich daher auch nicht mehr an langfristige Theorien heran und beschränkt sich auf mittelfristige Aussagen.

Zweitens ist die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Variablen - soweit sie überhaupt erfassbar sind - nicht gleichmässig. Das Ergebnis dieses gegenseitigen Aufeinanderwirkens ist schwer vorherzusagen, da die Kraft der einen Variable viele Male stärker sein kann als die Kraft der anderen. Bei Voraussagen wird darauf selbstverständlich Rücksicht genommen, aber die Bestimmung der zu erwartenden Stärke der einzelnen verschiedenartigen Variablen macht dabei grosse Mühe.

Drittens muss ich darauf hinweisen, dass die Heimbetreuung - wie jede Betreuung überhaupt - nicht in einem Vakuum stattfindet, sondern immer in einem Lebenszusammenhang. So bedeutet Heimbetreuung auch gesellschaftliche Entwicklung.

Ich habe nun meine Ausführungen folgendermassen gegliedert:

Zu Beginn möchte ich versuchen, eine Bestandsaufnahme der wichtigsten Faktoren zu machen, die sich auf die Entwicklung der künftigen Heimaufnahmezentren auswirken.

Das werden einerseits die gesellschaftlichen Entwicklungen sein, die sich ausserhalb des Heims vollziehen; andererseits werden es die Tendenzen sein, die sich im Bereich der Heimbetreuung selbst geltend machen.

Anschliessend werde ich versuchen, diese internen und externen Faktoren miteinander in Zusammenhang zu bringen und ihre gegenseitige Beeinflussungsstärke anzugeben.

Zum Schluss werde ich das so weit wie möglich übersetzen in konkrete Entwicklungen, die wir auf dem Gebiet der Heimbetreuung zu erwarten haben.

2. Gesellschaftliche Entwicklungen

Welche gesellschaftlichen Lebensverhältnisse haben wir in den kommenden Jahren zu erwarten? Diese Frage wird von verschiedenen Schriftstellern und Wissenschaftlern mit unterschiedlicher Glaubwürdigkeit beantwortet. Bezeichnend ist hierfür das Buch "Nineteen Eighty-Four" von George Orwell, das in den Fünfziger Jahren erschien. Die mit starkem Engagement geschilderte Gesellschaft, wie sie dreissg Jahre später aussehen würde, hat vielen die Zunge gelöst.

Jetzt, im Jahre 1986, wissen wir, dass Orwells Zukunftsvision nicht Wirklichkeit geworden ist. Das Buch hat uns eine andere Entwicklung als diejenige prophezeit, die tatsächlich eingetreten ist. Es ist jedoch zu bemerken, dass einige Tendenzen, von denen das Buch ausgeht, so zum Beispiel der Verlust der individuellen Freiheit, noch immer in den heutigen Zukunftsvoraussagen eine Rolle spielen und sich da und dort auch bemerkbar machen.

a. Die Informationsgesellschaft

Wer sich die heutige Literatur ansieht, in der man sich an Aussagen über die künftige Entwicklung unserer westlichen Gesellschaft wagt, stösst dabei regelmässig auf die Ansicht, unsere Industriegesellschaft werde sich wandeln zu einer Informationsgesellschaft. Es besteht da die Erwartung, dass das gesellschaftliche Leben immer

mehr beherrscht werden wird durch die rasch sich fortentwickelnde Supertechnologie. Wo in der Industriegesellschaft die Begriffe Kapital und Arbeit im Mittelpunkt standen, werden in der neuen Gesellschaft die Begriffe Information und Erfahrungswissen an ihre Stelle treten. Das "Know-how" wird die neue Macht.

Dass Informationen und Erfahrungswissen in zunehmendem Masse eine Schlüsselrolle in unserer Gesellschaft spielen werden, wird kaum in Frage gestellt. In welchem Grade diese Begriffe unsere Gesellschaft dominieren und verändern werden, darüber gehen die Meinungen jedoch auseinander. Einige vertreten eine relativierte Auffassung der Entwicklung von der heutigen zur zukünftigen Gesellschaft, andere dagegen sprechen von einer historischen Wende und von einer von der heutigen grundlegend verschiedenen Gesellschaft. Die Pessimisten unter ihnen erwarten, dass eine kleine Gruppe von Wissenschaftlern und Technikern vor allem diese Informationen verwalten und beherrschen werde. Damit werde sie Macht ausüben können über eine weit grössere Gruppe von "Machtlosen". Winner (1977) spricht in diesem Zusammenhang von einer Technokratie, während Burnham (1983) einen Computer-Staat heraufkommen sieht. Damit droht die Gefahr, dass der Wert des Menschen bestimmt wird durch die Informations- und Wissensmenge, über die er verfügt.

Die mehr optimistische Auffassung geht jedoch dahin, dass immer mehr Menschen an der Verarbeitung und Verbreitung von Wissen und Information über Computer und Telekommunikation teilhaben werden. Diese Technologie werde befreiend wirken, da sie eine Stärkung der Individualität und eine starke Zunahme der Wahlmöglichkeiten bewirken werde (Bell, 1980).

Mein Landsmann Holvast (1986) findet, es gehe zu weit, wenn man die zukünftige Gesellschaft als etwas Revolutionäres mit unbekannten Folgen beschreibe. Er zieht eine gewisse Parallele zur Mechanisierung und Automatisierung, die wir hinter uns haben.

Wie dem auch sei, wir nähern uns einem Zustand, in dem unsere Gesellschaft starken Veränderungstendenzen ausgesetzt ist. Die gesellschaftlichen Formen, die sich dann entwickeln, werden zweifellos von den heutigen verschieden sein. Alvin Toffler (1980) schreibt in diesem Zusamenhang:

> "A new civilization is emerging in our lives, and blind men everywhere are trying to suppress it. This new civilization brings with it new family styles; changed ways of working, loving, and living; a new economy; new political conflicts; and beyond all this an altered consciousness as well."

b. Die demographische Entwicklung

Hier geht es um eine mehr allgemeine Tendenz, die schon seit vielen Jahren wahrgenommen werden kann und einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung unserer Gesellschaft ausübt. Seit Anfang dieses Jahrhunderts hat das Bevölkerungswachstum sich explosiv entwickelt. Diese extrem starke Zunahme ist in der westlichen Gesellschaft deutlich rückläufig. Dennoch ist noch immer von einer Zunahme der Bevölkerung die Rede. Bei genauerer Untersuchung der Bevölkerungszahlen fällt jedoch auf, dass sich die Zusammensetzung der Bevölkerung stark verändert hat. So konnte man in den Niederlanden im Jahre 1900 feststellen, dass die Null- bis Neunzehnjährigen zusammen gut 44 % der Gesamtbevölkerung ausmachten. Demgegenüber gehörten lediglich 6 % zu der die Fünfundsechzigjährigen und noch Älteren umfassenden Altersgruppe. Heute, 1986, ist der Anteil der Jugendlichen auf 28 % zurückgegangen, während die Gruppe der Alten von 65 Jahren an aufwärts auf 13 % gestiegen ist. Die Bevölkerungsprognosen erwarten einen noch stärkeren Rückgang der relativen und der absoluten Zahl der Jugendlichen und eine fortschreitende Vergreisung der Bevölkerung.

Für die Gesellschaft sind diese Zahlen von grosser Bedeutung. Musste man anfangs sich auseinandersetzen mit den Folgen einer immer stärkeren Bevölkerungszunahme, so wird man sich jetzt mehr einzustellen haben auf Akzentverschie-

bungen innerhalb bestimmter Altersgruppen. Für den Aufbau der Gesellschaft hat das zweifellos Konsequenzen. So geht die altgewohnte Rechnung, dass zur Bevölkerungszunahme proportional auch die betreuenden Einrichtungen zunehmen müssen, schon geraume Zeit nicht mehr überall auf. Unter anderem wird immer klarer, dass in den kommenden Jahren eine Erweiterung der Einrichtungen für ältere Menschen erwünscht ist, während bei den für die Jugendlichen geplanten Vorkehrungen eher der bisherige Stand beibehalten wird und hier und da sogar Abstriche gemacht werden.

c. Der wirtschaftliche Faktor

Wirtschaftliche Vorgänge bilden in unserer Gesellschaft seit Jahr und Tag einen wesentlichen Faktor. Dieser kann die Gesellschaft zu grossem Wohlstand bringen, kann sie aber auch in tiefes Elend stürzen. Diese Wellenbewegung scheint im Wesen der wirtschaftlichen Entwicklung zu liegen. Problematisch daran ist vor allem die Tatsache, dass niemand vorhersagen kann, wie lange eine bestimmte Wellenbewegung dauern wird.

Jetzt befinden wir uns in einer Phase wirtschaftlicher Rezession, die aber ihren Tiefpunkt bereits wieder erreicht zu haben scheint und im Begriff ist, sich wieder aufwärts zu entwickeln. Inzwischen ist festzustellen, dass Wirtschaftskrisen sehr einschneidende Folgen für die Gesellschaft haben können. Dabei ist gleich hinzuzufügen, dass derartige Krisen als umso härter empfunden werden, je mehr Wohlstand die Gesellschaft erreicht hat. Unser Wohlfahrtsstaat, der vielleicht besser als Versorgungsstaat charakterisiert werden kann, ist gezwungen gewesen, einen nicht geringen Teil seiner Versorgungsmassnahmen einzuschränken oder sogar aufzugeben. Es lässt sich nicht sagen wie lange diese Einsparungswelle noch dauern wird. Zwei Dinge scheinen auf jeden Fall sicher zu sein.

Erstens ist der Druck einer wirtschaftlichen Depression meistens so gross, dass eine grosse Zahl anderer Entwicklungen dadurch gestört werden kann. Zweitens wird davon ausgegangen, dass die Wohlfahrt, die die westliche Gesell-

schaft in den sechziger und siebziger Jahren erlebte, nie mehr wiederkehren wird.

d. Die Emanzipation der Frau

Emanzipation hat ja im allgemeinen zu tun mit einem Streben nach Bewusstwerdung und Mündigkeit. In seiner ursprünglichen Bedeutung im römischen Reich hatte der Begriff "emancipatio" zu tun mit der Entlassung eines Sohnes aus der väterlichen Gewalt. Durch diese Emanzipation wurde der Sohn aus dieser Gewalt befreit und wurde selbständig. Später wurde der Begriff Emanzipation gebraucht für die Befreiung von allerlei Formen als ungerecht angesehener Machtausübung. Im Lauf der Jahre haben sich dann verschiedene Gruppen als Opfer von Machtmissbrauch und Unterdrückung empfunden. In den letzten Jahren ist nun eine Bewegung entstanden, bei der die Emanzipation der Frau im Mittelpunkt steht, und bei der danach gestrebt wird, der Frau einen Platz einzuräumen, der mit dem des Mannes gleich(wertig) ist.
Dieses Streben beruht auf der Überzeugung, dass Frauen in der Gesellschaft systematisch benachteiligt werden. Unter dem Einfluss des Feminismus ist die Stellung der Frau immer nachdrücklicher ins Gespräch gekommen, und es ist auch deutlich zu sehen, dass Änderungen im Gange sind. Nicht nur nimmt eine zunehmende Anzahl Frauen am Arbeitsprozess teil, auch im sozialen Umgang sind im Verhältnis zwischen Mann und Frau sichtbare Änderungen eingetreten. Inwieweit die Gleichstellung von Mann und Frau in unserem gesellschaftlichen Leben erreicht werden wird, lässt sich nicht vorhersagen, aber die Tendenz dazu ist noch immer zu sehen und zu bemerken. Auch die Spannungen, die mit derartigen Anpassungsphasen einhergehen, sind zu spüren. Das zeigt sich nicht nur auf politischem und wirtschaftlichem Gebiet, sondern auch auf der Mikro-Ebene, das heisst in der Familie. Die Rolle der Mutter und des Vaters, das Verhältnis zwischen Mann und Frau und die Erziehung der Kinder bilden Aspekte, die durch den Einfluss der genannten Emanzipationstendenz unter Veränderungsdruck stehen.

e. Die Differenzierungstendenz

Naisbitt (1984) spricht von einer Entwicklungstendenz, die er beschreibt als einen Übergang vom Entweder-Oder-Prinzip zur mehrfachen Wahlmöglichkeit (multiple option). Er meint damit, dass in unserer Gesellschaft in zunehmendem Masse erkannt und akzeptiert wird, dass viele Fragen und Probleme nicht mehr so oder so gelöst werden können, sondern mehreren Lösungsmöglichkeiten zugänglich sind. Dies gilt auch für die Art und Weise, wie die Gesellschaft mit verschiedenartigen Erscheinungen umgeht.

Die Eindeutigkeit macht einer Vielfarbigkeit Platz. Eine Widerspiegelung dieser Tatsache sehen wir ebenfalls in den weniger starren Haltungen und Funktionen von Menschen und Organisationen, auch bei der Beachtung der dazugehörigen Verhaltensregeln. Es ist nicht mehr die Rede von "einer typischen Familie" oder "einem typischen Stadtbewohner" und dergleichen. Die Alternative ist nicht mehr verheiratet oder ledig, berufstätig oder arbeitslos, politisch rechts- oder linksstehend und so weiter.

Auch für Normen und Werte gilt nicht länger, dass sie entweder gut oder schlecht sind. Immer mehr wird akzeptiert, dass es mehrere Werte gibt, die als vollgültig betrachtet werden. Der Mensch und die Gesellschaft treten gleichsam in mehreren Dimensionen auf.

Die hier gemeinte Veränderung lässt sich unter anderem anhand des Begriffes "autoritäre Persönlichkeit" veranschaulichen, wie ihn Adorno 1950 darlegte. Damals meinte man noch, dass autoritäres Regierungssystem, Faschismus, Konservatismus und Ethnozentrizität unweigerlich miteinander zusammenhängen. Jetzt wissen wir, dass "links" ebenfalls autoritär, faschistisch und dergleichen sein kann. Aber auch auf einer ganz anderen Ebene, wie zum Beispiel auf dem Gebiet der Kleidung, ist deutlich sichtbar, dass die Regeln dafür, was für Kleider man tragen soll, bedeutend lockerer geworden sind.

Durch das Verschwinden der Entweder-Oder-Variante als einzig möglicher Lösung ist einerseits die Gesellschaft attraktiver geworden mit einer grösseren Verschiedenheit an Wohn-, Lebens- und Arbeitsformen, aber andererseits haben die Unvereinbarkeiten und Gegensätze innerhalb unserer Gesellschaft dadurch stark zugenommen. Die Teilnahme an einem derartigen gesellschaftlichen Leben kann die individuelle Entwicklung kräftig stimulieren, kann aber leider auch zu zunehmender Verwirrung und zunehmendem Identitätsverlust beitragen.
In diesem Zusammenhang kann man sagen, dass die Möglichkeiten, sich in der kommenden Gesellschaft zu entfalten, zuzunehmen scheinen, dass es aber den Anschein hat, dass die Möglichkeiten, in dieser Gesellschaft zu scheitern, ebenfalls im Steigen begriffen sind.

f. Die Dezentralsiationstendenz

In den letzten Jahren ist eine Entwicklung zu bemerken, die von der Zentralisation zur Dezentralisation geht. Der Staat zeigt immer mehr die Neigung, seine Dienstleistungen abzugeben an die örtlichen Behörden und diese mit der Durchführung von allerlei Aufgaben zu betrauen. Auch im Betriebsleben ist die Tendenz wahrnehmbar, von der Vorstellung wegzukommen, dass alles zentralisiert bleiben müsse. Im Rahmen dieser Entwicklung ist auch die Rede von einem Übergang zu kleineren Dienststellen, die näher beim Bürger, näher beim Konsumenten angesiedelt sind. Vor allem im Wirtschaftsleben sehen wir immer mehr kleine Betriebe entstehen, die das wirtschaftliche Leben mitbestimmen.

Parallel zu dieser Entwicklung scheint zunehmend die Betonung auf die Verantwortung des Einzelnen gelegt zu werden, der sich nicht länger hinter der Anonymität der Masse, der Organisation verstecken darf. Naisbitt (1984) berichtete über diese Entwicklung, die in der nordamerikanischen Gesellschaft stattfindet, und schreibt der Regierung eine Bestrebung zu, die Verwaltungseinheiten zu verkleinern und mehr nach unten zu verlagern, was sich auf allen Ebenen bemerkbar mache. Naisbitt zufolge ist die Dezentralisationstendenz aufzufassen als der grosse Motor für die sozialen Veränderungen.

3. Die Heimbetreuung und die gesellschaftliche Entwicklung

Ehe ich nun dazu übergehe, ein mehr abgewogenes Zukunftsbild der Heimbetreuung zu entwerfen, möchte ich mich erst mit den einzelnen sozialen Entwicklungen befassen, die ich genannt habe. Ich möchte damit untersuchen, inwieweit diese Entwicklungen sich bei der Heimerziehung Jugendlicher bereits bemerkbar machen, und zu einer Aussage darüber kommen, welche Anregungen für die Zukunft bei einer anhaltenden Entwicklung in dieser Richtung gegeben werden können.

1. Von einer bevorstehenden Informationsgesellschaft ist in der Heimbetreuung noch wenig zu bemerken. Höchstens, dass das Bedürfnis, immer mehr von den Daten der Betreuten zu registrieren, stark zugenommen hat. Dies gilt auch für die Benutzung bestimmter Systeme und Instrumente, wie zu Beispiel des Computers. Auch das zunehmende Interesse an der Datenauswertung weist auf die verstärkte Heranziehung von Daten und Informationen.

   Es ist zu erwarten, dass bei zunehmender Konfrontation mit der Informationsgesellschaft das Bedürfnis nach Wissen und Informationen innerhalb der Heimbetreuung stark zunehmen wird. Die Technologie, so zum Beispiel die Datenverarbeitung, wird auch da Gemeingut werden. Wenn auch die persönliche Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem nicht durch moderne Instrumente wird ersetzt werden können, so ist es doch fast sicher, dass die unterstützenden Tätigkeiten sich einer Beherrschung durch die Technologie nicht werden entziehen können. Das wird bedeuten, dass immer mehr Daten des Betreuten, seiner Umgebung, der Behandlung und so fort erfasst und verarbeitet werden. Möglich ist das sowohl auf der Aufnahmeebene als auch regional und landesweit. Die Verarbeitung wird zweifellos nicht auf einem einfachen Ordnungsniveau stehenbleiben. Daraus werden sich Analysen ergeben, die sowohl die Diagnose als auch die Behandlung verbessern können. In diesem Punkt wird die Nachfrage innerhalb der betreuenden Einrichtungen in den kommenden Jahren steigen. Die Öffentlichkeit

wird aber auch in zunehmendem Masse das Bedürfnis geltend machen, exakter und regelmässiger über die Arbeitsmethoden und die Auswirkungen der Betreuung unterrichtet zu werden. Das alles beeinflusst sicher die Art der Ausbildung des Betreuers. Das Erfassen der Informationen sowie auch der Umgang damit wird speziellere Kenntnisse erfordern. Es ist sicher nicht undenkbar, dass damit auch ein anderer Typ von Betreuer heraufkommt. Dabei denke ich nicht an robot artige Personen, sondern eher an Betreuer, die ausser Gemütswärme und Einfühlungsvermögen auch die Fähigkeit besitzen, Informationen zu erfassen und sie davor zu bewahren, in einem Meer von Intuition und Irrationalität unterzugehen.

2. Zu der demographischen Entwicklung weise ich darauf hin, dass die Heimbetreuung sich lange Zeit im gleichen Verhältnis zum Bevölkerungswachstum ausgeweitet hat. Erst im Lauf der sechziger und siebziger Jahre hat man erkannt, dass bei einer Zunahme der Bevölkerung die Zahl der Menschen mit Problemen nicht in gleichem Masse zu steigen braucht. Seit kurzem wird erkannt, dass der rückläufige Anteil der Jugendlichen an der Bevölkerung sich auf den Umfang der Heimbetreuungseinrichtungen für Jugendliche auswirken kann. Nach den Prognosen für die kommenden Jahre ist zu erwarten, dass die Zahl der Jugendlichen in der Bevölkerungsstruktur weiter abnimmt. Bei ungestörter linearer Entwicklung wird das sicher Folgen haben für den Umfang der Heimbetreuung.

3. Die derzeitigen wirtschaftlichen Vorgänge und die dadurch ausgelöste Einsparungswelle haben der Heimbetreuung schon ziemlich zugesetzt. Es scheint die Rede zu sein von einer wirtschaftlichen Erholung, aber die Einsparungen sind damit noch nicht vom Tisch. Niemand weiss, wie lange diese Einsparungstendenz noch anhalten wird. Sollte sie unerwartet lange dauern, so wäre zu erwarten, dass die Heimbetreuung stark unter Druck kommt. Und das umso mehr, als man, gesellschaftlich und wissenschaftlich betrachtet, mehr auf ambulante und vorbeugende Betreuung auszugehen scheint.

4. Wenn die Ziele der Emanzipation der Frau erreicht werden, tut sich die interessante Frage auf, ob damit der Anteil der Frauen an der Kriminalität auch zunehmen wird. In den Erziehungsheimen bilden die Mädchen seit Jahr und Tag eine Minderheit. Einige schreiben dies der unterschiedlichen Behandlung zu, die Jungen und Mädchen zuteil wird. So wird davon ausgegangen, dass man den Jungen einerseits weniger durchgehen lässt, und dass sie andererseits mehr dazu ermuntert werden, sich nichts gefallen zu lassen. Und auch davon wird ausgegangen, dass die Art, mit der bei der Betreuung an Jungen und Mädchen herangegangen wird, unterschiedlich ist (Lawson & Lockhart, 1985). Andere meinen jedoch, dass die grössere Anzahl Verhaltensstörungen bei Jungen, wobei meist aggressive Momente dominieren, eine biologische Ursache habe.
   Vorläufig sind noch keine Anzeichen dafür da, dass bei fortschreitender Emanzipation der Frau eine Abnahme der verhaltensgestörten Jungen und eine Zunahme der verhaltensgestörten Mädchen stattfinden würde.

5. Die Differenzierungstendenz hat bereits Bewegung in die Heimbetreuung gebracht, und zwar in folgender Weise. Einmal ist da eine bunte Palette von Betreuungsorganisationen und Behandlungsmethoden entstanden. Es ist keine alleinseligmachende Therapie da, neben der allerlei zweitrangige Therapien zurücktreten würden. Ebensowenig ist eine einzige Organisationsform vorhanden, die allen anderen zum Vorbild dienen würde. Die Stärke einer solchen eklektischen und pragmatischen Vorgehensmöglichkeit liegt auf der Hand. Ihre Schwäche besteht darin, dass bei der grossen Diversität die Spreu nicht oder nur schwer vom Weizen geschieden werden kann.

   Die Tendenz zur "Multiple Option" hat auch zur Folge, dass es immer schwieriger wird, den Bereich zwischen dem Punkt, an dem die Betreuung einsetzt, und dem Punkt zu definieren, an dem sie endet. Durch ein ungezügeltes Weitergehen der Diversität des Betreuungspakets wird die Identität der Betreuung schliesslich

bedroht, und dann wird es leicht sein, an ihr herumzukritisieren.

So hat auch eine zunehmende Anzahl akzeptierter Auffassungen, Normen und Werte ihren Preis. Die Toleranz wird dabei wahrscheinlich in dem Augenblick abnehmen, wo man an die Grenze seiner eigenen Duldsamkeit stösst. Wenn der Punkt erreicht sein wird, wird auch die Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten abnehmen, und die Tätigkeit der Heimerziehung wird sich wieder ausbreiten.

6. Die Dezentralisation, die persönliche Initiative und die Bevorzugung kleiner Organisationsformen sind in der Heimerziehung gut zu bemerken. Zuallererst ist da ein deutliches Streben nach Betreuungsformen, bei denen näher an den Betreuten herangegangen wird, die mehr Gelegenheit zu direktem Kontakt bieten und weniger stark von bürokratischen Vorschriften beherrscht werden. Arbeit im kleinen Rahmen, Regionalisierung und Demokratisierung sind die Begriffe, mit denen sich diese Veränderung charakterisieren lässt.
Dazu kommt auch noch die Entwicklung, bei der die Betreuten danach streben, ihre Betreuung selbst über Selbsthilfegruppen und über Interessengruppierungen zu organisieren. Dieser Trend zur De-Institutionalisierung dürfte sich in den kommenden Jahren fortsetzen.

In der Verlängerung dieser Bewegung liegt auch das Heraufkommen der Aktivierung und Mobilisierung der sozialen Zusammenhänge des Jugendlichen. Damit macht der Betreuer nachdrücklich Gebrauch von den nichtprofessionellen sozialen Zusammenhängen, um über mehr naturgegebene Kanäle Hilfe leisten zu können. Das Anzapfen dieser Quellen bildet auch eine zu erwartende Entwicklungstendenz bei der Heimbetreuung.

4. Veränderungen im Heimbereich

Es würde zu weit führen, wollte ich im einzelnen auf alle Veränderungen eingehen, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten bei der Heimbetreuung vollzogen haben. So beschränke ich mich auf die wichtigsten Tendenzen, die ich unter folgenden Titeln zusammenfasse: 1. die Zielsetzungen, 2. die Mittel und 3. die Zusammensetzung der Heimbewohner.

a. Die Zielsetzungen

Auf zwei Ebenen lassen sich bedeutende Veränderungstendenzen wahrnehmen. Auf der mehr abstrakten Ebene der Theorie ist innerhalb der stationären Betreuung eine deutliche Verschiebung von der psychodynamischen (psychoanalytischen) zur lerntheoretischen Betrachtungsweise zu bemerken. Die Anziehungskraft dieser letzteren Strömung liegt zweifellos in den mehr konkreten und einsetzbaren Handlungen, die sich aus dieser Theorie ergeben. Daneben aber besteht ein deutlich zunehmendes Interesse an der sozio-ökologischen Option, bei der der Jugendliche immer mehr in seinem sozialen Milieu betrachtet und behandelt wird. Dabei werden die Umgebungsverhältnisse vor allem angesehen als ein System, innerhalb dessen der Jugendliche Fehlverhalten zeigt.
Da scheint vor allem der Gedanke Raum zu gewinnen, dass es nicht länger um die Selbstverwirklichung des Jugendlichen gehen soll, sondern um das System, in dem der Jugendliche sich richtig verhalten soll (Familie, Schule, Arbeitsplatz). Dies zu verändern und dem Jugendlichen mehr soziale Fähigkeiten zum richtigen Verhalten zu vermitteln scheint mehr und mehr die Zielsetzungen zu beherrschen.

Auf dem konkreten Niveau der Betreuungspraxis finden wir folgende Entwicklungen:
- Mehr Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie
- Erweiterung der Nachbetreuung
- Eingliederung in die Nachbarschaft.

b. Die Mittel

Die Veränderungen, die sich in dieser Hinsicht vollziehen, sind überwiegend Voraussetzungen schaffende. Folgendes ist dabei festzustellen:

- Abnahme der Gruppengrösse
- Zunahme der Zahl der Gruppenleiter(innen)
- gründlicher und besser ausgebildete Gruppenleitung
- längeres Verbleiben der Gruppenleitung in ein und demselben Heim
- geringerer Abstand zwischen Gruppenleitung und Jugendlichem (Demokratisierung).

Aber auch inhaltlich sind Veränderungen sichtbar:

- grössere Zahl unterschiedlicher Heimtypen je nach der Art der Problematik und der für richtig gehaltenen Behandlungsmethode
- kürzere Aufenthaltsdauer
- mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Was die Organisationsformen betrifft, so ist abschliessend folgendes festzustellen:

- zunehmend Übergang zu kleineren Einheiten
- Abnahme der Zahl der grossen Heime.

c. Die Zusammensetzung der Heimbewohner

In der Zusammensetzung der Jugendlichen, die in den vergangenen Jahren in Heimen aufgenommen wurden, ist es zu verschiedenen Veränderungen gekommen. Im allgemeinen kann man feststellen, dass mit der Erweiterung der ambulanten Betreuung und der Verringerung der Heimplätze die Schwelle für die Aufnahme in ein Heim immer höher geworden ist. Damit verbunden ist die Aufnahme einer Kategorie von Jugendlichen, die verhältnismässig stärker verhaltensgestört sind. Die Probleme sind an sich nicht neu, aber ihre Intensität hat deutlich zugenommen (Van der Ploeg, 1976, 1979, 1984).

So scheinen die folgenden vier Aspekte schon jahrelang die Jugendlichen in Heimen zu kennzeichnen, während der Ernst dieser Problematik immer weiter gestiegen ist:

- Probleme im Verhältnis zu anderen Familienmitgliedern und sonstigen wichtigen Personen
- gestörte Verhaltensweisen wie Weglaufen, Vagabundieren, die Schule Schwänzen, Aggressivität, Vandalismus
- sehr gestörte Familienverhältnisse
- grosser Rückstand und Lücken hinsichtlich der Auffassungsgabe.

Mehr im Besonderen können wir da noch folgendes hinzufügen. Es hat den Anschein, dass das mittlere Lebensalter der aufgenommenen Jugendlichen in den letzten Jahren relativ zunimmt. Die Zunahme betrifft namentlich die Kategorie der Dreizehn- bis Siebzehnjährigen, während die Null- bis Sechsjährigen einen immer kleineren Anteil an der gesamten Heimbesetzung ausmachen. Hier wird ohne Zweifel sichtbar, dass eine Heimaufnahme vor allem für solche Jugendliche angezeigt erscheint, mit denen die Gesellschaft deutliche und erkennbare Schwierigkeiten hat.

Ferner hat es den Anschein, dass die Familien, aus denen diese Jugendlichen kommen, immer problematischer werden, namentlich was die Zahl der Ehescheidungen und die durch Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit entstandenen Verhältnisse betrifft. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, darauf hinzuweisen, dass es diese Kinder immer mehr mit verschiedenen häuslichen Gemeinschaften zu tun kriegen, und dass die Erfahrungen, die sie machen, leider auch immer mehr Enttäuschungen und Frustrationen mit sich bringen (Münstermann, 1985).

Zum Schluss verweise ich noch auf zwei Entwicklungstendenzen, die ebenfalls etwas aussagen über die Veränderungen bei den Jugendlichen in den Heimen. Erstens nimmt in verschiedenen Ländern die Zahl der fremdländischen Jugendlichen in Heimen zu. Dabei handelt es sich um sogenannte Kinder der zweiten Generation, deren Eltern seinerzeit in das betreffende Land auswanderten, häufig aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus. Eine zweite damit in keinem Zusammenhang stehende Tendenz ist die

sinkende Anzahl Jugendlicher, die aufgrund einer Gerichtsentscheidung in ein Heim eingewiesen werden. Dem entspricht, dass immer mehr Jugendliche über aussergerichtliche Instanzen in Heime aufgenommen werden. Auf den ersten Blick scheint das darauf hinzudeuten, dass da eine Kategorie Jugendlicher mit leichteren Problemen im Entstehen ist. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein. Diese Tendenz muss vor allem gedeutet werden als die Auswirkung einer Politik, bei der immer zurückhaltender von gerichtlichen Massregeln Gebrauch gemacht wird.

5. Was sind denn nun eigentlich Veränderungen?

Wir sprechen erst dann von Veränderungen in unserer Gesellschaft, wenn die Rede ist von objektiv wahrnehmbaren Folgen für die Struktur und das Funktionieren der betreffenden Gesellschaft. Dies bedeutet, dass das gesellschaftliche System oder Teile davon ihre Stabilität deutlich verlieren. Die Gesamtheit der miteinander zusammenhängenden strukturellen und kulturellen Elemente, die für eine bestimmte Gruppierung charakteristisch ist, gerät aus dem Gleichgewicht. Soziale Veränderungen bedrohen demnach die bestehenden sozialen Systeme.

Wir können drei Arten von sozialen Veränderungen unterscheiden. Da ist zuallererst die einmalige Störung des Gleichgewichts. Ein gutes Beispiel ist die Atomkatastrophe in Tschernobyl, die ganz stark und dramatisch allerlei wahrnehmbare strukturelle Folgen gehabt hat und noch hat. Eine derartige Gleichgewichtsstörung führt entweder zum Untergang oder aber zur Wiederherstellung, wobei es sein kann, dass im letzteren Falle der alte Zustand nie mehr erreicht wird. Neben diesen gewöhnlich unerwarteten einmaligen Veränderungen gibt es auch solche, die mit einer gewissen Regelmässigkeit wiederkehren. Wir sprechen in diesem Falle von einer Wellenbewegung. Kennzeichnend für diese Vorgänge sind die wiederholten Gleichgewichtsstörungen, die immer wieder zum alten Zustand zurückführen. Ein charakteristisches Beispiel für diese Wellenbewegung bilden die Konjunkturschwankungen in der Wirtschaft. Und schliesslich lassen sich noch die kumulativen Veränderungen unterscheiden. Dabei handelt es sich um eine deutlich wahrnehmbare, anhaltende Bewegung, die sich immer in derselben Richtung vollzieht. Diese Art Veränderung zeigt sich vor allem bei bestimmten demographischen Entwicklungen (Bevölkerungswachstum), aber auch bei der Entwicklung der Technologie.

Durch die Störung des Gleichgewichts entsteht im allgemeinen eine schwierige Lage. Je nach der Art und der Stärke der Veränderung kann das Gleichgewicht stark oder weniger stark gestört werden. Aber auch das soziale

System selbst kann mehr oder weniger in der Lage sein, Schläge einzustecken. Jede Gleichgewichtsstörung hat in irgendeiner Weise Spannungen zur Folge. Die Funktionsstockungen im sozialen System werden in zunehmendem Masse Stress erzeugen. Je länger die sozialen Veränderungen anhalten, ohne dass angemessen darauf reagiert wird, umso mehr Stress wird die Folge sein.

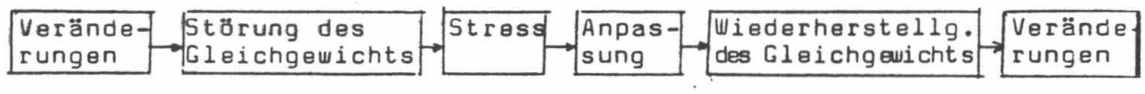
Um zu einer Wiederherstellung des Gleichgewichts zu kommen, ist es nötig, dass die Veränderungen innerhalb des bestehenden sozialen Systems aufgearbeitet werden. Dies erfordert eine Anpassung, deren Verlauf schwer vorherzusehen ist. Veränderungen können zuerst zu einer Desintegration führen, auf die dann eine Reintegrationsphase folgt. Im allgemeinen werden drei Phasen unterschieden.

Die erste ist das Stadium der Gleichgewichtsstörung, bei der das bestehende System angegriffen und verunsichert wird. Dann kommt eine zweite Phase, die man als Übergangsphase charakterisieren kann, bei der die Gefährdung des bestehenden Systems Tatsache ist und man krampfhaft versucht, die entstandene Krise abzuwenden. Nach dieser labilen Phase des Suchens und Tastens nach mehr Gleichgewicht folgt dann die dritte Phase, das heisst das Stadium der Wiederherstellung des Gleichgewichts. Die Unsicherheit wurde überwunden, und man hat zu einem neuen gut funktionierenden System hingefunden.

Dieser Anpassungsprozess mag nur kurz sein, kann aber auch lange dauern. Er kann sehr tiefgreifende Veränderungen bewirken, kann aber auch weniger dramatisch verlaufen. Er kann sich allmählich, aber auch revolutionär vollziehen. Am Ende kann nach diesem Anpassungsprozess noch sehr viel vom alten sozialen System übriggeblieben sein, aber es kann sich auch in ein neues System mit ganz neuen sozialen und kulturellen Bausteinen verwandelt haben.

Das gefundene Gleichgewicht dauert selbstverständlich so lange, bis neue soziale Veränderungen auftreten. Damit

können soziale Veränderungen als Prozesse angesehen werden, die in einem Zyklus verlaufen (Ferguson & Anglin, 1985). Schematisch kann man sich das wie folgt vorstellen:



Die Empfindlichkeit für Veränderungen kann je nach den Verhältnissen stark unterschiedlich sein. Bei sehr starren und geschlossenen Systemen kann man eher von Unempfindlichkeit sprechen. Umgekehrt kann auch eine Überempfindlichkeit gegenüber Veränderungen auftreten. Im allgemeinen gilt jedoch, dass aus Veränderungen dann am meisten Nutzen gezogen werden kann, wenn eine tüchtige Dosis Flexibilität, Offenheit und Kreativität vorhanden ist.

6. Die Zukunftsaussichten der stationären Betreuung

Bisher haben wir uns mit einer Anzahl Entwicklungen befasst, die sich sowohl in der Gesellschaft als auch im Bereich der stationären Betreuung vollziehen. Was bedeutet das nun für die Zukunft der Heime?

Die dargestellten Veränderungstendenzen wollen wir jetzt von diesem Gesichtspunkt aus näher betrachten. Wie bereits ausgeführt, können wir die Veränderungen in drei Kategorien einteilen: in einmalige Veränderungen, Wellenbewegungen und kumulative Veränderungen. Es dürfte deutlich geworden sein, dass die einmaligen Veränderungen nicht vorhersehbar sind und ziemlich plötzlich auftreten können. Diese Kategorie muss ich deshalb ausser Betracht lassen, denn ich bin kein Prophet.

Von den genannten gesellschaftlichen Tendenzen sehe ich vor allem die Entwicklung zu einer Informationsgesellschaft und den demographischen Faktor als kumulative Entwicklungen an. Für sie ist kennzeichnend, dass sie sich dauernd in einer bestimmten Richtung bewegen. Es ist daher sinnvoll, davon auszugehen, dass die künftige Entwicklung der Heimbetreuung sich vor allem mit diesen Tendenzen konfrontiert sehen wird.

Bei der demographischen Entwicklung wird erwartet, dass diese ihren Kumulationspunkt um das Jahr 2030 herum erreicht haben wird. Bis zu diesem Zeitpunkt wird die Bevölkerung zunehmen. Die Altersgruppe der Jugendlichen wird jedoch, sowohl relativ als auch absolut gesehen, abnehmen. Aufgrund dieser Tatsache wird man erwarten können, dass die Zahl der Heimplätze für stationäre Betreuung sinken wird. Die Frage ist jedoch, ob diese Annahme einer geradlinigen Entwicklung sich bewahrheiten wird. Vieles wird davon abhängen, wie sich die künftige Informationsgesellschaft gestalten wird. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Erwartung, dass der Faktor Mensch das schwache Glied sein werde, in dem sich das grösste Risiko verberge. Die Fehler der Zukunft würden vor allem menschliche Fehler sein. Wie wird man dieses

Problem lösen? Wird das tatsächlich zur geistigen Ausschaltung des Menschen, zu einer vollkommen technologisierten Gesellschaft führen, die von einer kleinen wissenschaftlich-technischen Elite beherrscht wird? Wie die Anpassung der Gesellschaft an diese Supertechnologie auch verlaufen mag, sicher ist, dass das nicht problemlos geschehen wird. Die sozialen Verhältnisse werden unter grossen Druck kommen, und in diesem Licht betrachtet erwarte ich, dass auch im individuellen Bereich die Anpassungsprobleme vorläufig weiterhin zunehmen werden. Damit dürfte die Tendenz sich vorläufig fortsetzen, wonach - trotz sinkenden Anteils der Jugendlichen in unserer Gesellschaft - nicht nur die Zahl der verhaltensgestörten Jugendlichen, sondern auch die Intensität ihrer Problematik zunehmen wird. Aufgrund dieser Annahme erwarte ich, dass in der Zukunft in zunehmendem Masse auf die stationäre Betreuung Jugendlicher mit ernsten Verhaltensproblemen zurückgegriffen wird.

Die sonstigen festgestellten Entwicklungstendenzen scheinen eher zum Typ Wellenbewegung zu gehören. Am typischsten in dieser Hinsicht ist wahrscheinlich die Differenzierungstendenz. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass diese Tendenz sich weiterhin geradlinig fortsetzt. In der Regel wird ein Punkt erreicht, an dem eine rückläufige Bewegung entsteht. Als Beispiel kann man die Differenzierung nehmen, die vor geraumer Zeit in Gang gesetzt wurde und sich darin auslebte, dass verschiedene Schultypen ins Leben gerufen wurden. Die unterschiedlichen Schul- und Lehrprobleme sollten eine eigene Behandlungsmöglichkeit bekommen in einer eigenen Schule. So ist im Erziehungswesen eine grosse Vielgestaltigkeit an Schultypen entstanden. Jetzt aber ist eine gegenläufige Bewegung sichtbar geworden, die die Kinder so lang wie möglich in der ursprünglichen Schule halten will. Der Fachunterricht soll so weit wie möglich in der gewöhnlichen Volksschule gegeben werden, und die Versetzung in eine besondere Schule muss so lang wie möglich hinausgezögert werden. Auch bei der stationären Heimerziehung ist diese Tendenz bereits sichtbar. Da kann man feststellen, dass wieder

nach multifunktionellen Heimen gestrebt wird, in denen Jugendliche mit unterschiedlichen Verhaltensstörungen behandelt werden können. Die Duldung einer immer bunteren Gesellschaft mit immer mehr verschiedenen Regeln, Auffassungen, Verhältnissen und so weiter wird nicht endlos weitergehen. Früher oder später wird ein Punkt erreicht werden, wo Duldung übergeht in Ablehnung und Toleranz umschlägt in Intoleranz. So scheint eine Bewegung in Gang zu kommen, bei der sich die Gesellschaft gegenüber störenden Gruppen von Abweichlern weniger duldsam zeigt. Die positive Bedeutung des Begriffs Unangepasstheit als Veränderungskraft ("das Lob der Unangepasstheit") scheint zu verblassen.

Diese Wellenbewegungen verlaufen längst nicht immer parallel. Sie können sogar gegenläufig zueinander verlaufen. Dadurch bekommt die Gesellschaft ihre inneren Widersprüche. Ausserdem entsteht dadurch Ungewissheit darüber, in welcher Richtung die Veränderungen sich schliesslich vollziehen werden.

Auch die Dezentralisierungstendenz lebt wahrscheinlich nicht ewig. Vorläufig scheint die Tendenz zur Regionalisierung sich ebenfalls fortzusetzen. Zur Zeit in Entwicklung befindlich ist die Schaffung eines engmaschigen Netzes von Betreuungseinrichtungen in der Nachbarschaft des Jugendlichen und seiner Familie. Dasselbe gilt für die Zunahme kleiner stationärer Einrichtungen und auch für verschiedene Alternativformen stationärer Betreuung. Auch die Akzente, die zur Zeit auf die ambulante und vorbeugende Betreuung gesetzt werden, werden in den kommenden Jahren sicher noch bleiben.

Aber wie lange werden diese Entwicklungen andauern? Sehr viel wird davon abhängen, auf welche Weise die Informationsgesellschaft Gestalt gewinnt. Deutlich zu sehen ist, dass gerade die Entwicklung der Datenverarbeitung und der Supertechnologie leicht die Zentralisierung fördern kann, während auch die individuelle Freiheit und Verantwortung durch diese Entwicklung schnell in Gefahr kommen können.

Für die stationäre Betreuung geben diese Wellenbewegungen wenig Anhaltspunkte für die Zukunft. Es ist jedoch höchst unwahrscheinlich, dass auf die Phase der Schrumpfung der Einrichtungskapazität die Phase der Abschaffung folgen wird. Im Gegenteil sehe ich angesichts der zunehmenden Komplexität unseres gesellschaftlichen Lebens und des zunehmenden Veränderungsdrucks, dem es ausgesetzt ist, voraus, dass in der Zukunft die Heimbetreuung zunehmend gefragt sein wird. Und das nicht deshalb, weil diese Art der Betreuung die beste wäre, sondern deshalb, weil die Gesellschaft sich mehr distanzieren will von Jugendlichen mit abweichendem Verhalten, die sich nicht an das gesellschaftliche Zusammenleben anpassen wollen. Dies bedeutet, dass vor allem für die Zwölf- bis Achtzehnjährigen stationäre Betreuung eingesetzt werden wird.

Bestimmen die internen Entwicklungen, die sich auf dem Gebiet der stationären Betreuung ergeben haben, dann nicht das Zukunftsbild? Ich fürchte, dass das nur in beschränktem Masse der Fall sein wird.

Wer die internen Entwicklungen überblickt, dem wird es auffallen, dass es vor allem die Voraussetzungen schaffenden Veränderungen sind, die die stationäre Betreuung am sichtbarsten beherrscht haben. Die kleineren Gruppen, die kleineren Heime, die grössere Anzahl Mitarbeiter pro Gruppe, die verstärkte berufliche Ausbildung sind dafür einleuchtende Beispiele. Nicht zuletzt unter dem Einfluss des wirtschaftlichen Wohlergehens sind viele von diesen Voraussetzungen verbessert worden. Sie scheinen leider auch als erste dafür bestimmt zu sein, zu verschwinden, wenn ein wirtschaftlicher Niedergang eintritt.

Weniger den Einflüssen der wirtschaftlichen Wellenbewegung ausgesetzt scheinen die erkenntnismässigen Entwicklungen zu sein. Es ist daher zu erwarten, dass Einsichten, die innerhalb der sozialen Lerntheorie entwickelt worden sind, ebenso wie die innerhalb der sozio-ökologischen Strömung entwickelten in den kommenden Jahren die Heimbetreuung weiterhin beeinflussen werden. Aber in

welchem Masse das auch in der Wirklichkeit Gestalt annehmen wird, beispielsweise in der Zusammenarbeit mit den Eltern, bei der Intensivierung der Nachbetreuung und der Eingliederung in die Nachbarschaft, ist stark davon abhängig, was sich in unserem gesellschaftlichen Leben an Bewegungen entwickelt. Die Realität gebietet es nun einmal, zu sagen, dass jede Betreuung und somit auch die stationäre Heimaufnahme sich niemals im luftleeren Raum vollzieht, sondern immer an die gesellschaftlichen Zusammenhänge gebunden ist.

Das bedeutet übrigens keinesfalls, dass die Betreuung passiv und gelassen darauf warten soll, was sich an Veränderungen ergibt. Es ist im Gegenteil von grösster Wichtigkeit, dass auf Veränderungstendenzen in unserer Gesellschaft vorausschauend reagiert wird. Die Bereitschaft dazu ist bei der Betreuung leider nicht besonders gross. Das Einstimmen neuer Gruppen verhaltensgestörter Jugendlicher, die Einführung neuer technischer Hilfsmittel wie zum Beispiel der Datenverarbeitung, die Gewinnung von mehr Einsicht in das eigene Verhalten Bewertungsuntersuchungen, die Inangriffnahme von mehr wissenschaftlicher Forschung innerhalb des eigenen Territoriums, das Streben nach mehr gegenseitiger Zusammenarbeit und Informationsaustausch, all das sind Dinge, die nur mühsam vorwärtskommen. Ein Betrieb, der ein Produkt herstellt, für das kein Bedarf mehr besteht, oder der sich eine schlechte Betriebsführung leistet, ist meist schnell am Ende. Das ist bei der Betreuung nicht der Fall, und daher kommt es, dass es (zu) lange dauern kann, bis man einsieht, dass das Steuer herumgeworfen werden muss. Ich muss aber gleich zugeben, dass die Behörde, die die Subventionen gewährt, die Veränderungen bei der Betreuung ebensowenig fördert. Veränderungen sind oft mit Anpassungsproblemen gepaart, und die können zeitweise zur Folge haben, dass die Betreuung nicht so erfolgreich und nicht so zügig verläuft. Bei der stationären Betreuung kann sich das in einer zeitweisen Unterbesetzung äussern. Aber so wie ein guter Betrieb es sich erlauben kann, während einer Innovations-

periode zeitweilig Verlust zu machen, da der Gewinn aus früheren Jahren das ausgleicht und man auf Gewinn in den kommenden Jahren rechnet, so geht es bei der Heimbetreuung nicht: die wird durch die Obrigkeit stets unter Druck gesetzt, damit sie ja nie Verlust macht, auch nicht in Zeiten der Veränderung und Innovation. Es gibt im Niederländischen einen Spruch, der lautet: "De kost gaat voor de baat uit". Auf Deutsch bedeutet das: In Kosten stürzt man sich um des Nutzens willen. Im Sinne einer guten, auf die Zukunft gerichteten Politik der stationären Betreuung sollte das auch der Wahlspruch der zuständigen Behörde sein.

7. Abschliessende Betrachtung

Wenn ich zum Schluss den Versuch wage, für die neunziger Jahre einige Veränderungstendenzen anzugeben, dann komme ich zu folgenden Erwartungen. Der Umfang der stationären Betreuung wird wieder zunehmen. Die Heime werden vor allem von Jugendlichen zwischen zwölf und achtzehn Jahren bewohnt sein. Die Probleme dieser Jugendlichen werden tiefer gehen, sowohl hinsichtlich des Familienhintergrundes als auch hinsichtlich der menschlichen Beziehungen und der Verhaltensproblematik.

Auf dem Gebiet der Hilfsmittel erwarte ich, dass mit der Einführung moderner Geräte und dazugehöriger Verarbeitungs- und Bearbeitungsprogramme ein zweckmässigeres Aufnahmekonzept entwickelt werden wird, dazu auch genauer umschriebene Behandlungsprogramme. Ausserdem erwarte ich, dass die Heime ihre erkenntnismässige Arbeit - die "Black Box" von heute - über jährliche Auswertungen sichtbar machen werden. Auch die gegenseitige Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung wird mehr Gestalt annehmen.

Ferner sehe ich eine Berufsausbildung voraus, bei der starke Akzente auf die Datenverarbeitung gesetzt werden. Es wird eine neue Generation von Gruppenleitern antreten, bei der ein starkes Bedürfnis nach systematischer Verarbeitung und Bearbeitung von Beobachtungen, diagnostischen

Erkenntnissen und Behandlungsentwicklungen vorhanden sein wird. Auch im Umgang mit dem Jugendlichen und seiner Familie werden Kommunikationsmittel entwickelt werden, durch die die Wirksamkeit der Behandlung verstärkt werden wird.

Und schliesslich erwarte ich, dass bei den Zielsetzungen vor allem die pragmatisch ausgerichteten Theorien wie die soziale Lehrtheorie stark dominieren werden. Ich sehe sogar die Gefahr voraus, dass die Gesellschaft mehr und mehr fordern wird, der Jugendliche solle sich andere soziale Umgangsmöglichkeiten aneignen, ohne dass diese Gesellschaft einsieht, dass auch das Gesellschaftssystem, in dem der Jugendliche funktionieren soll, der Veränderung bedarf.

Ich hoffe, dass wir uns in den neunziger Jahren in Malmö wiederum treffen werden, um zu untersuchen, was von den Prognosen über unsere Gesellschaft und ihre Heimbetreuung eingetroffen ist. Leider scheint es so zu sein, dass Menschen, die sich an Voraussagen heranwagen, es nur selten als einen Misserfolg betrachten, wenn die Voraussagen nicht eintreffen. Sogar im Gegenteil. Es wird dann der Schluss gezogen, dass die Zeitangabe zwar nicht ganz gestimmt habe, dass aber die Tendenzen doch unverkennbar seien. Kurzum, ich kann in den neunziger Jahren ruhigen Herzens wieder nach Malmö kommen.

LITERATURANGABE

Bell, D., "The Social Framework of the Information Society" in T.Forrester: The Microelectronics Revolution, Oxford, Basic Blackwell 1980, blz. 500 - 550.

Burnham, D. "The rise of the Computer Sate", New York, Random House, 1985.

Ferguson R.V. & Anglin P. "The Child Care Profession: A Vision for the Future", Child Care Quarterly, 14 (2), Summer 1985, blz. 85 - 103.

Holvast, J. "Op weg naar een risicoloze maatschappij?", Leiden Academix Service, 1986.

Lawson,C.W. & Lockhart, D. "The sex distribution of children in care", Journal of Adolescence, 8, 1985, blz. 167 - 181.

Münstermann, K. "Thema Heimerziehung" Sozial Pädagogik, Heft 6, 1985, blz. 267 - 269.

Naisbitt, J. "Megatrends". New York, Warner Books, 1984.

Ploeg J.D. van der "Isolement, angst en agressie", Alphen aan de Rijn, Samsom, 1976.

Ploeg, J.D.van der "Elfhonderd jeugdigen in tehuizen", Utrecht, WIJN, 1979.

Ploeg, J.D.van der "Diagnostiek in het (semi)residentiële hulpverlenings-veld". in J.Rispens e.a.: Diagnostiek in de hulpverlening, Lisse, Swets & Zeitlinger, 1984, blz. 119 - 154.

Toffler, A. "The third wave", New York, Bantam Books, 1980.

Winner, L. "Autonomous Technology", Cambridge, Mit Press, 1977.

Liebe Kollegen, liebe Freunde!

Seit der Gründung der "Luxemburgischen Gesellschaft für Psychologie" am 11. Juli 1985 sind nunmehr anderthalb Jahre vergangen. Wenn ich nun die bisher unternommenen Schritte und Initiativen ins Auge fasse, so komme ich nicht umhin festzustellen, wie wichtig der Zusammenschluss einer Berufsgruppe ist, um deren Interessen adequat zu vertreten und Probleme zu lösen.

Neben den berufsspezifischen Problemen mit denen der Psychologe konfrontiert ist, stellen sich in seinem Arbeitsgebiet auch noch andere Fragen, die weitere Fachgruppen, wie Pädagogen, Sozialarbeiter, Erzieher usw., miteinbeziehen. Alle steuern sie das gleiche Ziel an, der Erfolg wird wesentlich durch die Zusammenarbeit dieser Tätigkeiten bestimmt. In Anbetracht der Weiterentwicklung im sozialpsychologischen Bereich zeigt sich die Wichtigkeit der Impulse, die von den hier tätigen Berufen ausgehen. Die seelische Gesundheit kann demnach nur durch eine interdisziplinäre Kooperation garantiert werden.

Die gemeinsame Ausgabe des Bulletins der A.N.C.E. stellt in meinen Augen den ersten Versuch einer informellen Kooperation in Luxemburg dar und ich hoffe zutiefst, dass auch dieser Arbeit Erfolg beschert wird.

Walers Guy
Präsident der SLP

Die "Poliklinik", psychiatrische Ambulanz des Hôpital Neuropsychiatrique de l'Etat

Die Psychiatrie und klinische Psychologie sind im Grunde relativ junge Wissenschaften, viele ihrer diagnostischen und therapeutischen Methoden sind in letzter Zeit wieder einem starken Wandel unterworfen. Es mehren sich weltweit jene Institutionen, die nicht nur einseitig den Akzent auf die traditionelle Anstalt legen, sondern auch auf die ambulante Betreuung der Bevölkerung.

Solchen Einrichtungen ist es gemeinsam, dass sie verstärkt den klinischen Psychologen einsetzen, und dies in zahlreichen Rollen. Diese Mitarbeit ist dabei nicht nur diagnostisch, sondern umfasst Beratungsfunktionen, Psychotherapien und Reintegrationshilfen, um nur einige zu nennen. Zusammen mit dem Psychiater und dem Sozialarbeiter bildet sich demnach ein interdisziplinäres Team.

Am 5. März 1985 öffnete die psychiatrische Ambulanz des HNP, die Poliklinik, ihre Türen für die Oeffentlichkeit. Die oberste Zielsetzung war eine Lücke in der psychosozialen Versorgung des HNP zu schliessen, und zwar die Oeffnung des Hauses nach aussen. Bis zu jenem Zeitpunkt fehlte der nahtlose Uebergang zwischen Anstalt und Gesellschaft. Entgegen anderen Einrichtungen im Lande war es in der neu geschaffenen Poliklinik möglich dem psychisch Erkrankten eine interdisziplinäre Hilfe anzubieten, sowohl in psychiatrisch-medizinischer, als auch psychologischer und sozialer Hinsicht.

Die Poliklinik wurde in ihren Anfängen zu einem Grossteil von entlassenen Patienten in Anspruch genommen, beschränkte sich jedoch keineswegs auf diese Population. Vielmehr werden alle auf diesem Gebiet Ratsuchenden angesprochen, im Rahmen einer Prävention nehmen auch sie die Dienstleistungen der Poliklinik in Anspruch.

Betrachten wir die Arbeitsfelder der psychiatrischen Poliklinik, so sei zum Teil auf den Sprachgebrauch der WHO zurückgegriffen, auch wenn diese Terminologie etwas unscharf ist. In diesem Sinne unterscheiden wir zwischen einer primären Prävention, unter welcher die echte Vorbeugung des Neuauftretens einer Krankheit verstanden wird, und einer sekundären Prävention, welche Früherkennung und Behandlung umfasst.

Ein weiteres Arbeitsgebiet stellt die Rehabilitation dar, die neben der Prävention im folgenden kurz charakterisiert werden soll.

Der Bereich der primären Prävention, d.h. der Vorbeugung an sich, betrifft vor allem den ausserhalb des psychiatrischen Umfeldes Stehenden. Diese Arbeit besteht hauptsächlich in der Beratung (ähnlich anderen Beratungsstellen im Lande). Zumeist kommt der Betroffene, weil er in seiner direkten Umwelt keinen Rat findet, und er sich oder jemand aus seiner Familie in einer akuten Krisensituation befindet. Hierunter fallen alle Arten von psychischen Störungen, seien es rein psychiatrische oder Störungen, die nicht direkt dem psychiatrischen Bereich angehören; in letzterem Falle erfolgt eine Ueberweisung an eine adequate Beratungsstelle. Es handelt sich um eine Krisenintervention, d.h. ein Vermeiden (der aufgrund der Krise nachfolgende) psychischer Erkrankungen, eine Stabilisierung der seelischen Lage. Das interdisziplinäre Team versucht solchen psychoreaktiven Symptomen entgegenzuwirken, als ein Beispiel sei auf den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich verwiesen.

Oft ist der Ratsuchende jemand, der an sich oder an einem Familienmitglied eine auffällige Veränderung des Verhaltens bemerkt, die eindeutig dem psychiatrischen Bereich zuzuordnen ist. Er kommt zur psychiatrischen Ambulanz, weil er hilflos ist. In diesem Falle ist eine Früherkennung der entsprechenden psychiatrischen Erkrankung von grösster Bedeutung, da

sich damit die anschliessende Behandlung ungeheim vereinfacht. Warnzeichen einer solchen einsetzenden Fehlentwicklung können u.a. sein: auffallende Leistungsknicks, Ueberaktivität oder zu grosse Hemmung und Aengstlichkeit, Isolierung oder Aggressivität, um nur einige zu nennen. Vielfach gelingt es aufgrund einer solchen Früherkennung diesen Menschen im Rahmen der Poliklinik ambulant zu behandeln. Wenn es sich als unumgänglich erweist ihn stationär zu behandeln, kann eine Zwangseinlieferung in den meisten Fällen vermieden werden, die Behandlungsdauer kann drastisch reduziert werden.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Poliklinik ist die Nachbetreuung entlassener Patienten, im Hinblick auf Früherkennen und Behandeln von eventuellen Rückfällen. Insbesonders bei Alkoholikern und Psychotikern besteht die Gefahr einer Wiedererkrankung. Durch ein konsequentes therapeutisches Vorgehen kann ein diesbezüglicher Rezidiv begrenzt, wenn nicht sogar vermieden werden. Durch die ambulante Nachbetreuung gelingt vielfach das Früherkennen eines erneuten Krankheitsschubes, mit einer sich sofort anschliessenden Behandlung bzw. einer Stabilisierung durch entsprechendes therapeutisches Vorgehen. Es erübrigt sich dann zumeist eine erneute Hospitalisierung, und wenn es doch zu einer stationären Aufnahme kommt, so doch nicht in einer sonst unvermeidbaren Katastrophensituation.

Die Poliklinik befasst sich desweiteren mit auftretenden Resozialisierungsproblemen. Die ersten Wochen und Monate nach der Entlassung bringen für viele Betroffene besonders belastende Erfahrungen mit sich. Sie kehren zumeist wieder in diejenige Umgebung zurück, in welcher sie erkrankt sind. Oft ist es während des Klinikaufenthaltes nicht gelungen ihre Lebensverhältnisse erheblich zu verbessern und ihre Hautpkonflikte zu lösen; oder aber es erfolgt eine Eingliederung in eine für sie unbekannte Umwelt mit Isolierungsproblemen. Die diesbezügliche Rolle der Poliklinik liegt in der psychosozialen Stabilisierung des Entlassenen, sei es psychotherapeutisch, als auch sozial (finanzielle Hintergrundproblematik). Oberstes

Ziel ist auf jeden Fall einer sonstigen Chronifizierung des Patienten entgegenzuwirken.

Um diesen gesetzten Zielen grösstmöglich Rechnung tragen zu können, funktioniert die Poliklinik des HNP in Ettelbruck von Montags bis Freitags. Die Oeffnungszeiten sind jeweils von 14^{00} bis $2o^{00}$ Uhr. Damit ist auf jenem, der bis 18^{00} Uhr arbeitet, die Möglichkeit eines Besuches gegeben. In einer eigens geschaffenen Abteilung arbeitet hier ein sich abwechselndes interdisziplinäres Team, bestehend aus einem Psychiater, einem Psychologen und einem Sozialarbeiter. Die Konsultation erfolgt durch das Team oder eines seiner Mitglieder, abhängig von der Problematik und dem Wunsch des Ratsuchenden.

Die Funktionsweise der Poliklinik hat sich bisher als eine überaus günstige Formel offenbart. In den ersten sechs Monaten wurden insgesamt 16oo Konsultationen getätigt. Dies kann als positiv gewertet werden, zumal sich die erhofft Wirkung dahingehend gezeigt hat, dass ein gewisser Anteil von Einweisungen vermieden werden konnte, einer Chronifizierung entgegengewirkt wurde, sowie die Rezidivgefahr eingedämmt wurde.

Welters Guy
(Psychologe im HNP)

LE TEST DE RORSCHACH

A. L'auteur et sa découverte.

Hermann Rorschach est né en 1884 à Zurich d'une vieille famille suisse. Il choisit d'etre médecin après avoir hésité entre l'art et la médecine. C'est à Zurich qu'il se spécialise en psychiatrie sous la direction de Bleuler. Il y côtoie également Jung. La découverte par Rorschach de son test peut paraître surprenante. Elle ne naquit pas au sein des universités, des laboratoires, des grandes bibliothèques, mais dans un petit hopital psychiatrique à Herison. Les dons artistiques et cliniques de Rorschach étaient complétés par une tournure d'esprit projective; il s'intéressait aux expositions de peinture, se passionnant pour la façon dont différentes personnes régissaient à un même tableau. Ces dispositions et les rencontres qu'il avait fait dans le milieu médical sont quelques influences parmi d'autres qui ont permis à Rorschach de créer l'épreuve des taches d'encre.

Néanmoins l'idée de faire un test de taches d'encre n'appartenait pas à Rorschach en premier. Binet et Henri publiaient un test en 1895 dans l'Année Psychologique, ils le considéraient comme une épreuve d'imagination. Toutefois il semblait que Rorschach n'ait pas entendu parler de ses prédécesseurs quand il fit ses premières recherches.

Néanmoins, l'originalité de Rorschach est d'avoir transformé l'épreuve des taches d'encre en test de personnalité et non plus d'imagination, et d'avoir découvert la clé de la nouvelle interprétation: les réponses mouvements expriment l'introversité du sujet, les réponses couleur, l'extratensivité. Cette découverte, Rorschach l'avait lentement mûrie. Les taches d'encre seront un miroir où les stimuli visuels activent les images kinesthésiques du sujet qui sont projetées sur les taches et à leur tour perçues comme des reflets renvoyés par le miroir. Les perceptions kinesthésiques constituent une partie importante de la personnalité. L'individu "kinesthésique" ou

introversif est renfermé, gauche, timide; il inhibe ses mouvements réels, son intelligence est individualisée; il est capable d'imaginer et de créer; il a une vie intérieure intense; ses réactions affectives sont stables, ses relations avec autrui plus profondes que nombreuses. La kinesthésie reflète donc la vie émotionnelle intériorisée.

Par ailleurs, Rorschach constate que les réponsès couleur expriment de façon complémentaire, l'extériorisation de la vie émotionnelle. Il a l'idée de lier le rouge à l'impulsivité et le bleu au contrôle de soi. L'extrotensif, sensible à la couleur, possède une intelligence reproductrice , il est plus adaptable, plus adroit, plus agissant.

L'introversité créatrice et l'extratensivité reproductrice de Rorschach sont deux fonctions psychiques coexsitant à des degrés divers de dilatation ou de concentration.

B. Le matériel du test et son administration.

Le matériel se compose de dix planches: les taches imprimées sur les planches sont symétriques, bâties sur un axe médian vertical et répondent en cela à un rythme spatial considéré comme primordial par Rorschach. De ces 10 planches, cinq sont en gris plus ou moins estompé, deux en gris et rouge, trois en couleur pastel: les caractéristiques objectives des 10 planches sont déterminées par les qualités de forme, de couleur, d'estompage et de rapport figure/fond. L'administration de l'épreuve doit etre faite avec le consentement du sujet. Une consigne qui a pour but de stimuler le sujet sans l'orienter pourrait être: "ce qu'on vous demande de dire, c'est tout ce qu'on pourrait voir dans ces taches". On peut préciser que la durée est libre, que chacun est libre de voir ce qu'il veut, qu'il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses.

L'examinateur note toutes les réponses du sujet ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de la planche et surtout le temps qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse, le temps de latence. Il intervient le moins possible lors de la passation du

test, ce n'est que lors d'une deuxième passation que l'examinateur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet où et comment il l'a vue. C'est l'enquête, qui est indispensable pour pouvoir coter de manière rigoureuse les réponses données.

C. Les catégories de réponses et l'interprétation du test

Chaque réponse est cotée trois fois, selon sa localisation, son déterminant, son contenu.

- la localisation des réponses nous renseigne sur le type d'appréhension du sujet, c'est-à- dire sur sa façon de percevoir, d'entrer en contact avec les réalités, sur son rapport au monde (type de réponses globales, détail, petit détail, etc..)

- le déterminant est la forme, ou le mouvement, ou la couleur, ou l'estompage. Qu'est-ce qui a déterminé la réponse du sujet, c'est-à-dire, qu'est-ce qui a déclenché sa perception de telle découpe de la tache?

- le contenu des réponses, c'est-à-dire l'appréhension des taches revêtent un contenu humain, animal, anatomique, etc...

Chaque catégorie cotée est alors totalisée dans le psychogramme et on pourra alors passer à l'interprétation du test.

L'interprétation du test portera sur l'intelligence, l'affectivité et le caractère, l'adaptabilité du sujet, et se fera à différents niveaux: quantitatif, dynamique et symbolique.

En quoi l'interprétation d'un Rorschach est-elle dynamique, par exemple? Elle s'efforce de saisir les interrelations des processus qui se déroulent à l'intérieur d'une personnalité et dans les rapports de celle-ci à autrui et au milieu social: rendement intellectuel, façon d'aborder les problèmes de la vie, capacité d'abstraction, de confor-

misme et d'originalité, sens du réel, capacités d'adaptation, mécanismes de défense et conflits liés aux motivations, nature et degré de l'angoisse, degré de maturité sentimentale, etc... tant d'indices qui renseigneront le psychologue sur la personnalité du sujet et qui donneront la possibilité d'émettre un diagnostic de l'état actuel de la personnalité.

Le test de Rorschach, test projectif, constitue un des outils
de travail important pour le psychologue dans son travail d'investigation de la personnalité de l'être humain.

Le Rorschach a pu être défini en 1972 par Mc Arthur comme l'échantillon de comportement le plus riche, le plus multidimensionnel qu'il soit possible de recueillir. L'interaction entre processus perceptifs, cognitifs, émotionnels et sociaux qu'il permet de saisir est un garant de cette richesse: c'est ce qui explique aussi la difficulté de son analyse et de son interprétation.

Bibliographie:

Les méthodes projectives - Didier Anzieu - P.U.F.
Tests de projection de la personnalité -
V. Shentoub
et N. Rausch de Traubenberg in E.M.C.

THILLMAN Romain.

EINFUEHRUNG IN DIE INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHE PSYCHODYNAMIK UND PSYCHOPATHOLOGIE

- In der Individualpsychologie ist sowohl die Psychodynamik eines "gesunden" Menschen, als auch die eines "kranken" Menschen von der individuellen Zielsetzung der jeweiligen einheitlichen Persönlichkeit her zu verstehen. Genau diese teleologische Sichtweise unterscheidet die individualpsychologisch ausgerichtete Psychopathologie auch von den klinischen Krankheitsmodellen des Seelenlebens, die die Abweichungen auf verschiedenen seelischen Funktionsebenen (Wahrnehmung, Denken, Fühlen) beschreiben oder, wie die "psychoanalytische Psychopathologie", kausal-entwicklungsgenetisch erklären.

1. PSYCHODYNAMIK

Zu den zentralen Begriffen der klassischen Individualpsychologie zählt der Begriff "Kompensation", der analog zum physiologischen Ausgleich eines Organdefektes verstanden wird. Im Bereich des Erlebens und Verhaltens wird eine ähnliche Dynamik (≠ statische Struktur) angenommen, d.h.: der Mensch versucht, seine Mängel und Schwächen auszugleichen bzw. vor sich und anderen zu verbergen. Damit haben wir schon angesprochen, was es mit der unbewussten Dynamik (betr. Verborgenes, Uneingestandenes) des menschlichen Seelenlebens auf sich hat, nämlich ein fundamentales Streben von einer erlebten Minussituation in eine erlebte Plussituation. Diese Grunddynamik, die das gesamte Leben und den Tod umfasst, ist jedoch nicht als pathologisch anzusehen, sondern entspricht dem Streben alles Lebenden nach Entfaltung und Vervollkommnung. So hat der Mensch es aus phylogenetischer Sicht fertiggebracht, seine sogenannte biologische Minderwertigkeit durch den Ausbau der Intelligenz und nicht zuletzt auch durch die Kooperation mit anderen Menschen auszugleichen. Beim Menschen können diese Bestrebungen als Selbstverwirklichung im sozialen Feld verstanden werden. Die moderne Individualpsychologie unterteilt zusätzlich in ein Streben nach Dazugehörenwollens und ein Streben nach Sich-abhebenwollens (nach Lucy K. ACKERKNECHT; 1982). Diese beiden konstanten und überdauernden komplementären Bestrebungen gelten für alle Menschen, deren Handeln ja nicht wie das Verhalten der Tiere durch Instinkte festgelegt ist.
Um diesem Grundstreben nach Selbstverwirklichung in der Gemeinschaft nachkommen zu können, benötigt der Mensch Sicherheit, und zu diesem Zweck baut er sich eine Hilfskonstruktion auf, die ihm erlauben soll, sich in seiner materiellen und menschlichen Umwelt zurechtzufinden. Solch eine Hilfskonstruktion stellt der individuelle Lebensstil/-plan (⁂) dar, der von einer einheitlichen, meist unbewußten Zielsetzung her zu verstehen ist und die frühkindlich fixierten Meinungen über sich, andere und die Welt enthält. Hat sich dieser Lebensstil einmal in kreativer Auseinandersetzung mit der familiären Urgemeinschaft und Kultur herausgebildet, wird fortan alles Wahrnehmen, Erleben und Handeln darauf abgestimmt. Genau von diesem Lebensstil hängt es auch ab, was der Einzelne nun als Minus- oder Plussituation erlebt und deutet und inwieweit diese Apperzeptions- und Handlungsweise der faktischen Realität gerecht wird. Verläuft die natürliche Kompensation in Richtung auf die "Nützlichkeit für die Gemeinschaft", in der man bereit ist, seinen individuellen Beitrag aus sozialem Interesse (Gemeinschaftsgefühl und Kooperationssinn) zu leisten, so erfährt dieser Mensch körperliches, seelisches

---

(⁂) Lebensstil = IP-Begriff für Charakter/Persönlichkeit

und soziales Wohlbefinden (WHO-Definition); geschieht das Streben auf der unnützen Seite des Lebens, spricht man nach KAUSEN (1969) von "Fehlkompensation", die als pathologisch anzusehen ist und auf fiktive Endziele der persönlichen Ueberlegenheit, Macht, Geltung u.ä. zurückzuführen ist. Menschen, die egozentrischen Zielen zustreben und deren private Logik es ihnen nicht zuläßt, andere verantwortlich miteinzubeziehen; leiden an einer Kooperationsstörung! Ihnen ermangelt es an ausreichendem Gemeinschaftsgefühl.-Wie kommt es nun, dass manche Menschen, die eigentlich dazugehören wollen und ihre individuellen Fähigkeiten entfalten wollen, die Mitmenschen als "Gegenmenschen" erleben, d.h. dem Motto folgen "L'enfer c'est les autres!" (SARTRE).

2. PATHOGENESE

Für ADLER, der das Gemeinschaftsgefühl als Maßstab seelischer Gesundheit ansah, galten als Haupthemmungen für die Entwicklung desselben:
erlebte organische Minderwertigkeiten und unadäquate Erziehungsstile (übermässige Härte, Vernachlässigung und besonders Verwöhnung) in pathogenen Familienverhältnissen. Darauf kann ich an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingehen. Während beim gesunden Menschen gelegentliche Niederlagen(bei nicht erreichten Kurzzielen) sowie die damit verbundene Enttäuschung verkraftet werden und sogar Anreiz zu neuem und realem Optimismus sein können, die momentane Minussituation zu überwinden, führt das Ausbleiben des Erfolgsgefühls beim "potentiellen Neurotiker" dazu, dass er sich wenigstens das entsprechende Gefühl sichern will, auch wenn ihm der Erfolg in der Realität versagt blieb. Es tritt ein verstärktes Streben nach Anerkennung ein, -die ja eigentlich die Prämie für tatsächlich erbrachte Leistungen sein soll; dabei kann der Maßstab für die Messung der Anerkennung recht unterschiedlich sein! Als Maßstab ist die fiktive und überhöhte Fernzielsetzung anzusehen! Nicht mehr tatsächlich erbrachte Leistungen zählen, sondern nur noch das Gefühl, das man sich erhalten will, steht im Mittelpunkt der immer weniger produktiv werdenden Aktivität.
Auf "Nebenkriegsschauplätzen"(Ausweichbereiche) bestreitet der Entmutigte seinen Kampf um das Selbstwertgefühl und um Anerkennung seitens der anderen. Da seine Ziele jedoch unrealistisch, überhöht und anti-sozial sind, kann auch kein echtes Selbstwertgefühl entstehen; das sich ausbreitende Gefühl der Unzulänglichkeit, z.B. als Ausdruck entmutigten Ehrgeizes drängt danach, durch ein noch stärkeres Geltungsstreben ausgeglichen zu werden. Die dauernde Anspannung zwischen überhöhter Zielsetzung, Hoffnung auf Erfolg und Angst vor Niederlagen, Furcht vor Misserfolg und Enttäuschung kann nur dadurch gelöst werden, dass man Sicherungsmechanismen aufbaut, die sich auf und gegen andere richten, um selbst das Gefühl zu haben, "ganz oben" zu sein. Der Weg zur Kooperation mit den Mitmenschen wird mit immer mehr Gefahren und Hinweisschildern verstellt, sodaß der Mensch zunehmend entmutigt wird und sich total entfremdet. Er sieht nicht mehr, daß gesundes Selbstwertgefühl nur in Wechselbeziehung mit der Gemeinschaft erreicht werden kann. Sein vertieftes Minderwertigkeitsgefühl bräuchte zur Beruhigung unermesslich starke Erfolge.

3. NEUROSEN ALS SICHERUNGEN

Erfolge, die solchen überhöhten Zielsetzungen gerecht werden könnten, sind jedoch äusserst selten; so werden Verschleierungen, Vorwände und Ausreden benutzt, um das "Gesicht nicht zu verlieren". "Mehr sein als andere wird jetzt die Maxime des Lebens oder zumindest mehr scheinen, alles oder nichts, Hammer oder Amboss sein" (ADLER in: Handbuch der Arbeitswissenschaften, Halle 1930). "Die Neurose ist in erster Linie Sicherung" sagt ADLER (in Rattner 1972); Neurosen sind Reaktionsweisen verängstigter und entmutigter Individuen angesichts sozialer Aufgabenstellungen, denen sie dadurch entrinnen wollen, dass sie sich in "Schockzustände" begeben, als Alibi, weil sie sich den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen fühlen. Eine produktive gemeinschaftliche Lösung der Lebensaufgaben wird nicht angestrebt; dazu wäre ja ein gut entwickeltes Gemeinschaftsgefühl vonnöten, das seine charakteristische Prägung in früher Kindheit erhalten haben müsste. Die neurotischen Sicherungsmechanismen (Angst und Symptome) sollten subjektiv das Selbstwertgefühl schützen, auch wenn sie mit Schmerzen und Leiden einhergehen.

ADLER (1930) sagt dazu: "Der kunstvolle Aufbau einer Lebensform, -nicht etwa Reaktion, sondern in grösserem Masse Aktion- geschieht keinesfalls in Richtung ausrechenbaren, kausalen Geschehens. Massgebend ist immer das konkret gewordene fiktive Lebensziel im Sinne einer Ueberlegenheit, im Falle des Abnormen mit grösserer Unfähigkeit zur Kooperation". (in: Kindererziehung 1930-1980 ff)
"Droht Niederlage, so treten die neurotischen Bereitschaften und Symptome in Kraft und hemmen den Fortschritt der Handlung". (in: Ueber den nervösen Charakter; 1912 ff.
In dem Lebensstil des Neurotikers verdichten sich psychologische Leitlinie, Lebenstechniken und Sicherungsmechanismen zu einer totalen Ich-Bezogenheit oder sozialen Abgeschiedenheit (Isolation). Das "Leiden wird dabei noch als das kleinste Uebel" angesehen, angesichts des drohenden Prestigeverlusts oder der Aufgabe der Fiktion. Als wichtigste Sicherungen des Alltaglebens, als neurotische "Arrangements" nennt ADLER die zögernde Attitüde, das Herausschieben von Aufgaben in Form von Zuspätkommen, Faulheit, Krankheit (Psychosomatik!), Nervosität, masslosem Ausnutzen störender Zwischenfälle als Entschuldigung, dass die ausstehenden Arbeiten noch nicht erledigt werden konnten. Häufig treten dann auch "bewusste Rechtferigungen" (Rationalisieren, Psychologisieren) auf.
Man kann zwei Hauptklassen von Symptomen als Sicherungen unterscheiden, nämliche solche der Aggression und solche der Distanz (nach ANSBACHER).
Bei der Sicherung als Aggression kann man unter mehreren aggressiven Verhaltensweisen differenzieren:
- die Entwertung (Sadismus, Hass, Rechthaberei, Intoleranz, Neid, sexuelle Perversionen u.a. sind die "Merkmale" einer solchen Persönlichkeit)
- die Anklage (Schuld liegt bei den Eltern oder beim Schicksal)
- die Selbstanklage und Schuld (Motto: Ein schlechtes Gewissen ist das beste Ruhekissen!)

Hierbei finden sich selbstquälerische und Selbstvernichtungstendenzen als Kunstgriffe, um das Selbstwertgefühl zu heben, indem man andere damit unter Druck setzt oder ihnen Schande und Schmerzen bereitet.

Bei der Sicherung durch Distanz unterscheidet man einen vierfachen Modus, wobei die Krankheitslegitimation der Durchsetzung des eigenen "Willens" dient:
- die Rückwärtsbewegung bei Selbstmordversuchen, Platzangst, Ohnmacht, Migräne, Angst- und Fallträumen, Alkoholismus, ...
- Der Stillstand bei Gedächtnisschwäche, Zwangserscheinungen, Impotenz, ejaculatio praecox, Träume des Gehemmtseins, Versäumens etc.
- Die Zweifel und gedankliches oder tätiges Hin und Her: Zeitvertrödelung, Waschzwang, Berührungsfurcht u.v.m.
- Die Konstruktion von Hindernissen: leichtere Fälle von Sicherungen, leichte Angst- und Zwangszustände, Schlaflosigkeit, Magen- und Darmbeschwerden, Pedanterie, ...

Bei allen Sicherungen tritt "Angst als Festiger" (nach L.N.) hinzu; sie hilft dem Neurotiker Distanz zu (er)halten. Als letztes kann man bei vielen dieser Sicherungen, die auch kombiniert auftreten können, eine gewisse Ausschaltungstendenz, d.h. eine Einschränkung des eigenen Aktionsradius, eine Fixierung auf Teile, auf überschaubare Dinge feststellen; alles andere wird aus dem Leben ausgeklammert. (Auch der sogenannte Oedipuskomplex ist aus individualpsychologischer Sicht so zu verstehen: Angst und Unvermögen über andere so zu herrschen, wie über die Mutter; also Rückzug und Einschränkung auf diese; ähnliches finden wir auch bei Fetischisten ...).
Als Handlungsantrieb eines neurotischen Menschen fungiert demnach ein vertieftes Minderwertigkeitsgefühl angesichts überwertiger Fiktionen, das auf unadäquate Weise nach Ausgleich sucht. Bei einem gesunden Menschen wäre dagegen als Handlungsmotivation eher ein natürliches Streben nach Selbstverwirklichung anzunehmen, das gelegentlich auftretenden Hindernissen mit realem Optimismus und Mut zu begegnen erlaubt.
Die Momente, die eine Kompensation oder eine Fehlkompensation hervorrufen können, sind:
- die Stabilisierung resp. Wiederherstellung des Selbstwertgefühls als Zielsetzung
- die Aufhebung einer inneren oder äusseren Isolation
- die Konfliktlösungsversuche zwischen Sollen und Können
- die Grenzsituationen, in denen Gesamtpersönlichkeiten ihren "Wert" in Frage stellen.

Abschliessend sollte man noch bemerken, dass Angst der unmittelbare Ausdruck von Unzulänglichkeitsgefühlen ist; aber Angst kann auch als Alibi d.h. zum hauptsächlichen Gestaltungsprinzip der Neurose werden (Angstneurose). Dabei kann die Angst zu sehr unterschiedlichen Ausdrucksformen der Neurose führen.

MANÈS SPERBER (1978) hat vier Arten von Angst herausgearbeitet: Erstens die sozial adressierte Angst (z.B. Pavornocturnus: Wunsch nach Verzärtelung), zweitens die Angst als sekundäres (arrangiertes) Minderwertigkeitsgefühl, drittens die aggressive Angst (Unterdrückung der Bezugspersonen, z.B. bei Depressionen) und viertens die Intensitätsangst (vor intensiver Berührung mit anderen, z.B. Hysterie). Man sieht an dieser Aufschlüsselung das Finalitätsprinzip der Angst. Angst und Zwang sind die grundsätzlichen Strukturen neurotischer Fehlentwicklung; beide Ausdrucksphänomene sind nahe aufeinander bezogen. "Der Zwang stellt eine übertriebene Sicherung gegen die Welt der Realitäten dar, diese wird so eingeengt, dass der zwangsneurotische Mensch schliesslich zum Alleinherrscher auf diesem "Nebenkriegsschauplatz" der Welt wird." (SCHMIDT 1982)

Angst und der daraus resultierende Zwang sind also subjektiv sinnvolle Mechanismen der Selbstbehauptung und Selbsterhaltung; beide können recht unterschiedliche Formen annehmen; die Grundstimmung eines jeden entmutigten, präneurotischen oder neurotischen Menschen ist immer die Angst!

4. NEUROSEN, PSYCHOSEN UND PSYCHOPATHIEN IM VERGLEICH

Während die Psychiatrie bei den Neurosen von hauptsächlich psychogenen Erkrankungen spricht, bleibt die Frage nach der Aetiologie bei den sogenannten Psychosen und Psychopathien offen. Die moderne psychiatrische Krankheitslehre unterscheidet zwischen seelischen Krankheiten (pathologischer Vorgang, "nosos", "morbus") und seelischen Krankhaftigkeiten (pathologische Zustände, "pathos", "vitium")
In der modernen psychiatrischen Krankheitslehre wird die Neurose zunehmend wieder als krankhafter Vorgang angesehen, der entweder geheilt werden kann oder aber mit Rezidiv (Rückfall), Leiden, Tod endet; die Psychopathie dagegen wird wesentlich als ein Zustand beschrieben; der Uebergang von der Symptomneurose zur Psychpathie würde die Charakterneurose (Struktur-) darstellen. Auch die Individualpsychologie sieht die Uebergänge fliessend, wie in einer abschliessenden Darstellung gezeigt werden wird.
Zur Begriffserklärung greife ich vorerst auf Klaus HARTMANN (1979) zurück:

Neurosen: im weiteren Sinne: alle psychogenen seelischen Krankheiten (einschliesslich Psychosomatik; ≠ Somatosen, somatogene seelische Krankheiten) und Krankhaftigkeiten; im engeren Sinne: die psychogenen seelischen Krankheiten mit erhaltenem Realitätsbezug (≠ Psychosen), mit gehemmter Sexualität (≠ Perversionen) oder mit gehemmter Aggressivität (≠ Soziopathien, bzw. Verwahrlosungen).

Psychosen: im weiteren Sinne: alle seelischen Krankheiten mit gestörtem Realitätsbezug
im engeren Sinne: (je nach Glaubensbekenntnis der Schüler) die somatogenen, die schizophrenen und zyklothymen seelischen Krankheiten mit gestörtem Realitätsbezug.

Psychopathien: im weiteren Sinne: alle "Oligothymien" (seelische Krankheiten der Affektivität)
im engeren Sinne: die "Oligothymien" mit erheblicher Disposition zu oder mit gestörtem Sozialverhalten. Die Dispositionsfrage ist auch hier umstritten.

Alfred ADLER selbst hat zur nosologischen Bestimmung von Gesundheit, Neurose und Psychose von "drei Stufen der Sicherung" (in: Ueber den nervösen Charakter; 1912) des Selbstwertgefühls gesprochen, wobei er einen fortschreitenden, unbewussten, bzw. unverstandenen "Intensitäts- und Formenwandel der leitenden Fiktion" beim Menschen annahm (analog zu Vaihingers Gesetz der Ideenverschiebung).

- Die Gesundheit besteht aufgrund eines sozialen Selbstverständnisses des Individuums, seiner Intuition z.B. der Vorsicht des Gesunden, dessen fakultativ leitende Fiktion mit dem Gefühl verbunden ist, dass er unter bestimmten Umständen abgewiesen werden könnte.
- Die Neurose entsteht aufgrund der überwertigen Sicherungsten-

denz eines Menschen, z.B. der Vorsicht des Gesunden, dessen Fiktion (Vorsicht) sich unbewusst/unverstanden zur Hypothese (Angst) "verstärkt" und verwandelt, seine Angst, zurückgestossen zu werden, "unten" zu sein.
- Die Psychose lässt sich zurückführen auf ein extremes Bedürfnis des Kranken, sein Selbstwertgefühl zu sichern, z.B. der Grössenwahn des Psychosekranken, dessen Fiktion (Hypothese) "unter Konstruktion eines Krankheitsgefühls und unter Aufgabe der Logik" (d.h. des common sense) unverstanden zum Dogma "absolut geworden, vergöttlicht"ist. Der Wahn besteht im Grunde darin, verdammt und gänzlich "unten" zu sein (nach Hellgardt, in: Schmidt, 1982)

In einem leicht verständlichen Wortlaut geht DREIKURS in seiner Einführung in die Individualpsychologie auf die unterschiedlichen Sicherungsversuche zwischen den drei Haupttypen seelischer Störungen ein:
Der Neurotiker löst den Konflikt zwischen Persönlichkeitsideal und Wirklichkeit, d.h. zwischen überzogener egozentrischer Zielsetzung und dem Allgemeinwohl, indem er seine private Logik, seine wirklichen Ziele und Absichten hinter der Betonung seines "Gewissens" verbirgt. ("Ich will ja, aber ...", "Wenn die Symptome nicht wären, ja dann ..."). Der Neurotiker entgeht also seinen Verpflichtungen, indem er sich Symptome zulegt, die ihn ja gegen seinen Willen beherrschen. (Dies aufzudecken, dient ja die berühmte IP-Frage:"Was wäre, wenn die Symptome wegfielen?")
Beim Psychotiker wird der Konflikt zwischen seinem Gewissen und seinen "antisozialen" Absichten dadurch gelöst, dass er in seinen Illusionen und Wahnvorstellungen die Wirklichkeit so umgestaltet, dass seine private Logik als die einzig mögliche übrig bleibt.
Beim Psychopathen besteht der Konflikt schon gar nicht mehr, denn die allgemeinverbindlichen Werte der Gemeinschaft werden negiert, für nicht-existent, resp. unverbindlich erklärt, deshalb braucht er sich auch nicht mehr wie der Neurotiker zu rechtfertigen, um den Schein zu wahren.
Seelische Störungen sind fundamentale Kooperationsstörungen; in ihren Ausformungen zeigen sie jedoch die ungeheure Kreativität des menschlichen Geistes:
"Neurose und Psychose sind Kompensationsversuche, konstruktive Leistungen der Psyche, die sich aus der verstärkten und zu hoch angesetzten Leitidee des Kindes mit verstärktem Minderwertigkeitsgefühl ergeben." (ADLER 1912) Allen seelischen Störungen liegen pathologische Fernziele zugrunde, "irrationale Glaubensbekenntnisse", die nach Lucy K. ACKERKNECHT in drei Hauptgruppen eingeteilt werden können, nämlich
-Ziele persönlicher Ueberlegenheit über andere,
-Ziele der Aussergewöhnlichkeit und
-Ziele des Universalismus.
Diese Fernziele bestimmen die persönliche Dynamik der Lebensstile. Gesundes und pathologisches Streben ist Funktion von drei Einflussfaktoren, der Anlage, der Umwelt und dem kreativen Faktor X; Fernziel = f (U·A·X). Bei sogenannten psychiatrischen Erkrankungen ist das Verhältnis zwischen endogenen und exogenen Faktoren umstritten; ausserdem wird der bestimme Faktor X, der für die Selektion, Kombination und Auslösung verantwortlich ist, nicht berücksichtigt.

Wenn ich die Vermutungen von Prof. ACKERKNECHT richtig interpretiere, wären, ähnlich wie bei den hier nur am Rande erwähnten psychosomatischen Erscheinungen, alle psychiatrischen Erkrankungen mit Ausnahme der nachweisbaren SOMATOSEN* primär auf die krankhafte seelische Dynamik zurückzuführen (einschliesslich sog. endogener Psychosen ungeklärter Genese); die typisch somatischen Begleiterscheinungen wären nur sekundärer Krankheitsgewinn! Aus der holistischen Sicht der Individualpsychologie ist dies verständlich, denn da sind körperliche und seelische Erscheinungen nur zwei verschiedene Seiten derselben Medaille, d.h. derselben schöpferischen Integration des Ich, der psychosozialen zielgerichteten Einheit, der körperlich-seelisch-geistigen Individualität.
Abschliessen möchte ich mit einem Ausspruch von ADLER, der den "Sinn" von seelischen Störungen und ihrer Symptome noch einmal aus individualpsychologischer Sicht beleuchtet:
"Es gibt keine Gegengründe gegen die Gemeinschaft, gegen die Arbeit und gegen die Liebe! Wir präsentieren unerbittlich die Forderung, den anderen das Leben zu erleichtern und zu verschönern! Statt dessen hören wir die Forderung (von seelisch Kranken) nach Enthebung und Gründe dafür." (aus P. und Th.: Seite 112; 1924/1974 ff)
Letztendlich ist alle seelische Krankheit auf einen Mangel an Gemeinschaftsgefühl zurückzuführen; ein Substrat dieses Gemeinschaftsgefühls ist aber noch bei den stärksten Psychosen oder Psychopathien zu finden, und damit ist auch die Chance für eine Besserung und Heilung gegeben.

Lucien NICOLAY
professeur d'ens. logopéd.
psychopédagogue, analyste
88, rue de Merl
L-2146 LUXEMBOURG
Tel.: 45 38 79

5. BIBLIOGRAPHIE (zur Einführung)

1. Ackerknecht, L.: Individualpsychologische Kinder- und Jugendpsychotherapie
München/Basel 1982
2. Ansbacher H. und R.: Alfred Adlers Individualpsychologie
München ^{3}1982
3. Hartmann, Klaus: Heilpädagogische Psychiatrie
Stuttgart 1979
4. Pongratz, L.: Lehrbuch der klinischen Psychologie
Göttingen ^{2}1975
5. Schmidt, R (Hg.): Die Individualpsychologie A. Adlers
Stuttgart 1982

sowie Literatur von A. ADLER im Fischer TB.

Ausführliche IP - Literaturliste auf Anfrage erhältlich

Anmerkung: *) Somatosen sind seelische Krankheiten, die körperlichen Ursprungs sind (=Somatogen), wie z.B. das Dekompensationssyndrom "Progressive Paralyse" nach Lues-Infektion.

Ministère de l'Education Nationale
et de la Jeunesse

Education différenciée

SERVICE DE GUIDANCE
DE L'ENFANCE
"UM GRUEF"

Approche systémique et thérapie familiale:
une façon différents d'appréhender la réalité.

S'il existe à mon sens une innovation qu'il faut retenir comme particulièrement importante pour la compréhension du comportement humain, elle tient à l'application qui est faite depuis le début des années 50 de la pensée systémique aux sciences humaines, et en particulier à la psychologie, aux branches connexes et à la psychiatrie. Elle produit une révolution que l'histoire des idées a connu à différentes reprises et qui induisent et nécessitent une redéfinition d'un corps de connaissance. Il ne s'agit alors point d'accroître les connaissances, mais au contraire il est question de réapprendre à voir l'envir onnement et l'objet d'étude d'une façon différente. Cette démarche trouble,non pas parce que seulement elle exige une investigation théorique laborieuse, mais en plus l'application de cette théorie est toujours génée par notre façon habituelle d'appréhender la réalité. Il arrive donc que l'on soit obligé de se faire violence pour sortir de nos cadres de référence et faire l'effort de traduire le tout, de donner un nouveau sens en utilisant un modèle de pensée inhabituelle, étranger et non-intégré à notre façon de vivre.

Ceci dit je voudrais d'ores et déjà signaler qu'il peut y avoir de bonnes et de justes raisons de ne pas vouloir adopter une nouvelle démarche. En effet dans ce cas précis l'adoption de l'approche systémique peut s'accompagner d'un certain nombre d'effets secondaires pouvant parasiter les bienfaits que l'on était en droit d'attendre. Ainsi je pense aux

difficultés qui naissent du désir de vouloir mélanger à tout prix des cadres théoriques fort différents, comme par exemple la théorie psychonalytique et l'approche systémique, au lieu de les laisser contigue. Je pense aussi aux conflits intra- et interpersonnelles qui accompagnent ce changement d'un cadre de référence: perturbation dans une équipe bien soudée, remise en question personnelle conduisant à une crise... Il y a aussi ceux qui sacrifient trop facilement ce qui s'est avéré efficace et cohérent dans le passé et qui se laissent berner par ce qui parfois relève plus de la dynamique de la mode. J'invite donc le lecteur de cet article à être critique et à avancer avec précautions. Personnellement je me contenterai de mettre à l'avant-plan quelques grandes idées et concepts de l'approche systémique.

L'approche systémique: une nouvelle épistémologie

Jusqu'au début du 20e siècle la pensée dominante est celle qui est basée sur une approche qui vise à analyser le monde en divisant l'objet d'étude en autant de parties qu'il est possible. Ce principe classique énoncé par Galilée et Descartes explique un grand nombre de phénomènes. L'avantage est de pouvoir étudier des éléments de la réalité toujours plus petits Pour que cette démarche puisse être appliquée, une condition devant être respectée est que les interactions entre les parties ne jouent qu'un rôle négligable ou qu'elles soient inexistantes. Or très souvent cela n'est-il pas le cas ainsi par exemple lorsque les éléments peuvent être reliés entre eux sur la base d'une structure, d'une organisation qui fait qu'ils sont indépendants les uns des autres. La démarche scientifique classique n'est pas adaptée pour l'étude de ces liens.
Dès lors l'approche systémique peut être caractérisée par le fait qu'elle s'intéresse avant tout à l'étude des liens qui existent

entre les éléments d'un ensemble. Elle trouve ses racines dans le 20e siècle et a connu ses premiers développements dans la physique. Ce fut ensuite le tour à la biologie et à la physiologie d'évoluer et ce n'est que plus tardivement qu'elle a commencé à influencer les sciences sociales et humaines. En résumé et en simplifiant, l'approche systémique se caractérise par les principes suivants:

a) elle s'intéresse à la totalité du champ d'étude, c.à.d. qu'elle n'a pas la volonté d'isoler les éléments de leur contexte (si dans la démarche classique l'instrument préférentiel était le microscope, le systémicien va utiliser le "macroscope")

b) elle tient compte de la complexité du champ transactionnel

c) elle s'intéresse à étudier l'organisation et la structure des relations du champ

d) le paradigme systémique part du fait qu'un système est conditionné et déterminé par un déterminisme qui a plusieurs causes, interdépendantes les unes des autres.

Les premières influences de cette approche qui avait été déjà expérimentée dans d'autres branches, ont touché les sciences humaines dans les années 30. Cela a conduit à des retombées dans la methodologie et dans l'élaboration conceptuelle des travaux sur la famille. C'est après la deuxième guerre mondiale que l'approche systémique a connu un essor considérable dans le domaine de la psychiatrie, de la psychologie clinique, de la psychothérapie, mais cette influence s'est surtout limitée aux Etats-Unis. Si jusque-là il était communément admis que la maladie mentale était "portée" par l'individu qui en était donc en quelque sens responsable pour le meilleur (s'il guérissait) et pour le "pire" (si son état ne changeait pas). Tous les efforts de traitement convergeaient sur le porteur de la maladie et le contexte

de vie de ce dernier n'était guère visé, bien qu'il existe un souci théorique à faire jouer aux facteurs sociaux et extrapsychiques un rôle. A une époque où seul la psychanalyse est reconnue comme méthode de traitement valable, les premiers pas vers l'élaboration d'une théorie différente ont été réalisés par des personnes comme Gregory Bateson, Don Jackson, Paul Watzlawick, Janet Beaven, Murray Bowen, Nathan Ackerman. C'est à partir de quelques nouvelles conceptions que s'est peu à peu développé tout un nouveau cadre de référence conduisant à voir dans la famille quelque chose qui était différent de l'ensemble de ses membres: la famille est porteur d'une qualité, de propriétés dont on ne pouvait induire le fait de leur existence à partir de l'étude de ses membres. C'est à la fin des années 60 que la thérapie familiale a été introduite en Europe. Si au départ les théories étaient reprises telles quelles, il y a eu rapidement évolution vers des méthodes très spécifiques. Parmi les écoles les plus réputées, il faut citer celle de Rome et celle de Milan. En France, il existe une forte résistance par rapport à l'introduction de cette thérie et cela s'exprime de deux façons: soit par un refus pur et simple, soit par un mélange de psychanalyse et d'approche systémique qui vise à récupérer les aspects innovateurs de la nouvelle approche.

L'approche systémique: une autre conception du fonctionnement du groupe familial

La famille, dans la mesure où elle est constituée de membres qui ont une relation entre eux, constitue un système. A ce titre, elle dispose de propriétés et de qualités qui peuvent être explorées et connues en observant et en travaillant avec le groupe familial. Le tout (le groupe familial) est différent de la somme des parties (les membres, les sous-systèmes). Le groupe familial dispose d'un certain équilibre qui se manifeste par des rapports plus ou moins stables. Un tel

équilibre est maintenue par l'interaction entre deux fonctions qui semblent être contradictoires mais qui se complètent. Il s'agit d'une part de la tendance homéostatique à maintenir le non-changement et d'autre part de la capacité de transformation. Dans une famille dysfonctionnelle, il y aura déséquilibre en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux fonctions.

Dans la pratique nous observons des familles qui présentent une "inflation" de la capacité de transformation, au contraire dans des familles à interaction rigide, c'est l'homéostase qui est la plus forte et qui laisse donc peu de place aux possibilités de changement. Lorsqu'une famille est en crise elle se trouve acculé et court le risque de perdre sa stabilité et son équilibre. De tels phénomènes de déséquilibre peuvent être observées au cours de l'évolution des cycles de la famille (formation du couple, naissance du premier enfant, adolescence des enfants, sortie du nid des jeunes adultes, retraite de la vie professionnelle, mort d'un des partenaires) sans qu'on puisse parler néanmoins de dysfonction ou de pathologie dans ces cas là.

Ainsi par exemple la naissance du premier enfant crée très souvent des difficultés dans la façon dont le couple conjugal parvient à négocier la relation entre partenaire du moment où ils doivent aussi assumer une fonction parentale. Une autre phase de vie importante est l'adolescence des enfants ou le moment lorsqu'ils quitteront le nid. Surtout cette dernière phase est particulièrement critique d'autant plus que souvent les parents n'ont guère été attentif à protéger leur relation conjugale, mais se sont surtout investis dans le rôle d'éducateurs et de parents. La notion d'homéostase permet de tirer un certain nombre de conclusions très importantes pour les professionnels. En fait très souvent nous nous voyons comme des experts du changement et notre rôle serait d'aider des individus ou des familles à changer dans un sens ou dans l'autre. S'il est clair qu'un changement est indispensable à nos yeux d'experts-observateurs, il est néanmoins tout aussi important de se rendre compte que pour la famille le choix peut être différent: il vaut mieux se protéger contre le changement en maintenant un statut quo et en évitant de laisser monter une crise et des tensions. Le professionnel donc au lieu de vouloir à tout prix "aider" dans le sens du changement gagne à mieux comprendre les résistances qui

protègent la famille du changement et d'évaluer les risques qu'il comporte.

Un autre concept central est celui de patient identifié. En effet l'approche systémique explique qu'un membre de la famille va développer des symptômes ou une pathologie et que cette évolution constitue déjà une issue de la crise. Il n'est pas opportun de développer ici les différentes fonctions que représentent le patient désigné pour le restant de sa famille, mais je voudrais en évoquer quelques unes. Une des fonctions du patient identifié peut être de détourner sur sa personne les tensions qui existent dans les relations. Il devient en quelque sorte un paratonnerre pour une famille dont les membres sont soumis à des tensions très importantes qui mettent en risque l'équilibre. Ainsi par exemple des enfants"troublés du comportement" peuvent servir de déviateur pour des problèmes conjugaux. Au sens de l'approche systémique, il n'y a donc pas de patient à proprement parler, mais il n'existe qu'une façon que les différents membres de la famille ont trouvé pour vivre ensemble.

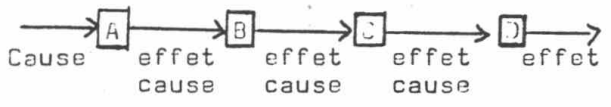
"La patient-désigné est celui qui, dans le système familial, a reçu et accepté le rôle de produire une symptomatologie qui permette une équilibration suffisante pour l'ensemble du système. A ce titre, il n'est pas "malade" mais doit au contraire être considéré sous l'angle familial comme le membre "compétent" qui joue suffisamment bien son rôle pour que le fonctionnement de l'ensemble du système demeure satisfaisant. Il est "utile" à la famille et, de ce point de vue, il apparaît logique de souhaiter qu'il poursuive son action, quel que soit le prix payé, du moins tant q'une redistribution significatives des rôles n'ait pas été effectuée." (1)

Il est faux de considérer l'individu qui est porteur de symptômes comme une victime innocente d'une famille, qui elle serait pathologique. Un individu qui porte le symptôme participe lui aussi au maintien de la pathologie ou du dysfonctionnement

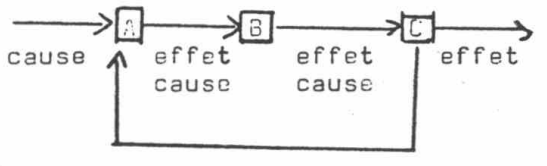
---

(1) AUSLOOS, G.: "Thérapie familiale et institution" in: Travail social, (1o), octobre 1982, pp.: 27-38

du système familial, au même titre que les autres membres.
Pour mieux comprendre la causalité qui est en jeu dans une famille il faut se référer à la cybernétique qui est une branche particulière de la théorie des systèmes. La causalité est de type circulaire: A agit sur B, B agit sur C et C rétroagit sur A.

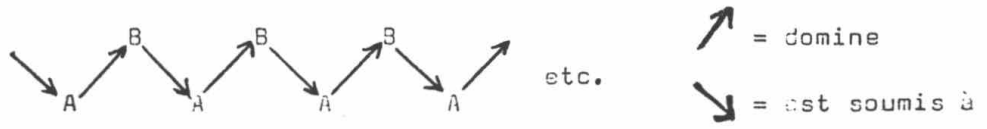


causalité linéaire



causalité circulaire

Grâce à ce type de causalité où un effet peut rétroagir sur une cause nous obtenons des systèmes autorégulés où les causes sont interdépendantes les unes des autres et ou se crée un équilibre.
Le couple offre une bonne illustration de ce type de causalité.
Ainsi on rencontre souvent des couples où l'un des partenaires (A) se présente de façon soumise et l'autre (B) de façon dominante.
Une façon linéaire d'expliquer ce phénomène serait de dire que le partenaire A est soumis parce que le partenaire B est dominant.
Dans une optique systémique et en tenant compte de l'enchaînement des patterns comportementaux, le modèle d'explication est différent: le comportement de l'un induit le comportement de l'autre et inversément.



En effet en simplifiant on peut dire que tout comportement dominant

n'existe que par rapport à un comportement de soumission et inversément aussi.

Ces quelques éléments ne représentent qu'une infime partie de la théorie qui a pu être développée grâce à l'approche systémique. Ces dernières années il est possible d'observer des applications de l'approche systémique et de la thérapie familiale dans des domaines fort différents. Ainsi des équipes travaillent-ils dans des foyers éducatifs, dans les domaines de la justice, de la psychiatrie, dans des écoles, dans des institutions de tout type. La thérapie familiale garde tout son intérêt pour le traitement de certaines pathologies graves (psychose, anorexie), mais peut être considéré comme modèle explicatif au sens général permettant de comprendre le fonctionnement familial de façon différente. Mon intérêt à l'avenir est de comprendre comment nous pouvons passer des parties au système en soi et inversément. La question que je voudrais approfondir est de savoir quel est la part qui relève des facteurs intrapsychiques, donc de l'individu, et quel est la part qui relève du systémique, donc du groupe familial et d'en rechercher le point d'interaction. Comment peut-on passer des parties à l'ensemble et de l'ensemble aux parties. Le défi est d'apprendre à travailler en individuel dans une optique systémique et d'utiliser les ressources du groupe familial pour aider un (ou des) individu à developper des projets personnels. Au delà de ce souci personnel qui touche une pratique thérapeutique, l'optique systémique présente un intérêt pour le professionnel parce qu'il est engagé dans un réseau social, mais aussi pour le tout-venant. Dans tous les cas la vue systémique jette un éclairage nouveau et parfois déroutant sur notre monde environnant.

Gilbert Pregno

Gilbert Pregno
11, rue Roosevelt
Soleuvre

Esch-sur-Alzette, le 15/07/86

Chers membres, chers amis.

Voici le premier exemplaire du bulletin commun de l'Association Nationale des Communautés Educatives, de la Société Luxembourgeoise de Psychologie et de l'Association Nationale des Assistantes d'Hygiène Sociale, Assistantes Sociales et Infirmières Hospitalières Graduées.

Ce bulletin représente une étape supplémentaire dans la collaboration utile et nécessaire qui se développe entre nos professions et nos associations depuis plusieurs années. Chacune de nos associations publie son propre bulletin. Nos bulletins communs n'ont pas l'objectif de les remplacer, mais de constituer une plate-forme élargie pour la diffusion et l'échange d'informations et de réflexions.

Le projet est à la fois hardi et ambitieux. Il dépend entièrement de l'intérêt et de la collaboration active que suscitera ce premier "coup d'essai". Il appartient à nous tous d'en faire un élément constant de nos relations interprofessionnelles.

M. Roulleaux,
présidente de l'Association
Nationale des Assistantes
d'Hygiène Sociale, Assistantes
Sociales et Infirmières
Hospitalières Graduées

ASSOCIATION NATIONALE DES
ASSISTANTES D'HYGIENE SOCIALE
ASSISTANTES SOCIALES ET
INFIRMIERES HOSPITALIERES GRADUEES

LE MAINTIEN A DOMICILE

Rapport d'une étude faite par un groupe de travail de l'Association Nationale des Assistantes d'Hygiène Sociale, Assistantes Sociales et Infirmières Hospitalières Graduées.

Le groupe de travail voudrait remercier très chaleureusement

les Aides Familiales et les Aides Senior de la Caritas,
l'Association Nationale des Infirmiers(ières) Luxembourgeois(es),
l'association HELLEF DOHEEM,
la Société des Omnipraticiens

qui ont accepté d'échanger avec lui leurs réflexions et leurs expériences sur le maintien à domicile.

Il remercie aussi vivement

l' AMIPERAS,
AUTOGESTION et
la LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE LA SCLEROSE EN PLAQUES

qui ont bien voulu lui prêter leur collaboration précieuse en formulant les observations des usagers.

Le groupe rend hommage à toutes les personnes malades, handicapées, âgées et à leurs familles qui par leur exemple, vécu tous les jours, prouvent que le maintien à domicile peut être une réalité.

SOMMAIRE.

1. INTRODUCTION.

1.1. Exposé des motifs. p. 1
1.2. Objectifs de l'étude. p. 1
1.3. Terrains d'étude. p. 1
1.4. Méthode. p. 1
1.5. Remarque. p. 2
1.6. Annexes.

2. ETUDE.

2.1. Définition. p. 3

2.2. L'étude des situations concrètes.

1. La description de l'échantillon. p. 3
2. Observations générales. p. 4
3. Analyse des besoins. p. 5
Conclusion. p. 9
4. Evolution des situations au cours d'une année. p. 10
5. Analyse des placements. p. 11

2.3. Les entretiens avec les associations de professionnels et d'usagers.

2.3.1. Les associations de professionnels. p. 15

1. Description de l'échantillon. p. 15
2. Analyse des entretiens. p. 15
3. Synthèse des interviews. p. 18

2.3.2. Les associations d'usagers.

1. Description de l'échantillon. p. 19
2. Analyse des entretiens. p. 20
3. Synthèse des interviews. p. 22
4. Observations du groupe de travail. p. 23

2.3.3. Analyse comparative des entretiens avec les associations professionnelles et les associations d'usagers. p. 24

2.4. Les observations du groupe de travail. p. 26

3. CONCLUSIONS. p. 29

P L A N

Remerciements.

1. Introduction.
1.1. Exposé des motifs.
1.2. Objectifs de l'étude.
1.3. Terrains d'étude.
1.4. Méthode.
1.5. Remarque.
1.6. Annexes.

2. L'étude.
2.1. Définition.
2.2. Situations concrètes.
2.3. Entretiens avec les Associations de Professionnels et d'Usagers.
2.4. Observations.

3. Conclusion.

1. Introduction.

1.1. Exposé des motifs.

Les admissions en institution constituent un problème majeur dans tous les services sociaux qui sont appelés à traiter ces demandes.

Le nombre de places disponibles, les délais pour l'admission et le coût de l'hébergement sont des composantes essentielles de l'aspect matériel du problème.

La rupture définitive que signifie une admission en institution dans la vie d'une personne a pour celle-ci une portée, dont on ne mesure pas toujours l'importance. Ce changement apparaît souvent, non comme un nouveau départ, mais comme une conclusion fatale à laquelle la personne ne peut échapper, qui consacre sa dépendance et qui met fin à sa vie dans la famille, dans la société. Ainsi n'est-il pas étonnant de ce que la demande est formulée le plus souvent sous des pressions extérieures inéluctables où le libre choix n'existe guère.

Enfin, le caractère et la finalité des ressources existantes touchent à la fois les aspects matériel et psychologique du problème.

1.2. Objectifs de l'étude.

Le groupe de travail s'est proposé d'étudier le maintien à domicile en tant qu'alternative au séjour en institution :

en définissant la population bénéficiaire du maintien à domicile,

en étudiant les besoins de cette population,

en décrivant les services qui peuvent répondre à ces besoins,

en établissant un inventaire des services existant dans notre pays,

en examinant les avantages et les désavantages du maintien à domicile

afin d'élaborer des propositions pour la réalisation du maintien à domicile.

1.3. Terrains d'étude.

Les terrains d'étude sont d'une part la population concernée et d'autre part des services et des professions intéressées au sujet.
Une description plus détaillée des terrains sera fournie dans l'étude même.

1.4. Méthode.

Le groupe a tenté une approche par deux voies :

1. l'étude de 3o situations concrètes sur base d'une grille des besoins avec indication du degré dans lequel ces besoins sont satisfaits;

2. une série d'interviews avec des représentants d'associations communautaires regroupant des personnes pouvant bénéficier du maintien à domicile et d'associations de professionnels et de services concernés.

   Ces interviews sont réalisées sur base d'un questionnaire permettant de guider l'entretien tout en laissant la possibilité d'une expression libre (annexe 3).

1.5. Remarque.

Cette étude a été réalisée par un groupe de travail constitué dans le cadre de l'Association Nationale des Assistantes d'Hygiène Sociale, Assistantes Sociales et Infirmières Hospitalières Graduées.

Le groupe s'y est appliqué pendant trois ans en dehors de l'horaire de travail normal de ses membres. Il est conscient des limites de son étude, mais il s'est efforcé d'établir un projet réalisable, correspondant à ses moyens et ayant pour objet la situation dans le pays.

Un inventaire des services n'était pas à la portée du groupe de travail.

1.6. Annexes.

1. Composition du groupe de travail.
2. Tableau des besoins.
3. Questionnaire.
4. Tableau des réponses.

2. L'étude.

2.1. La définition du maintien à domicile.

Le maintien à domicile doit permettre à des personnes malades, impotentes, handicapées ou isolées de rester ou de retourner dans leur cadre de vie habituel en satisfaisant dans la mesure du possible leurs besoins sur le plan sanitaire, social, matériel et culturel par la mise en oeuvre et la coordination des services adéquats.

2.2. L'étude des situations concrètes.

Le groupe a procédé à cet examen de situations concrètes en vue de faire un inventaire des besoins et des services compte tenu du choix des personnes concernées.

2.2.1. La description de l'échantillon.

Critères	Nomb. abs.		Taux en %
Répartition suivant le sexe:			
sexe féminin :	19		63.33
sexe masculin :	11		36.67
total :	3o		1oo.oo
Répartition suivant le groupe d'âge:			
3o à 34 ans :	2		
35 à 39 :	2		
4o à 44 :	2	13	43.33
45 à 49 :	2		
5o à 54 :	2		
55 à 59 :	3		
6o à 69 :	7		
7o à 79 :	5	12	4o.oo
8o ans et plus :	5		16.67
total :	3o		1oo.oo
Répartition suivant la région géographique:			
nord et est :	1o		33.33
centre :	14		46.67
sud :	6		2o.oo
total :	3o		1oo.oo
Répartition selon l'état civil:			
célibataires :	11		36.67
veufs/veuves :	9		3o.oo
divorcé(e)s :	3		1o.oo
séparé :	1		3.33
marié(e)s :	6		2o.oo
total :	3o		1oo.oo

La description de l'échantillon (suite)

Critères	Nomb. abs.	Taux en %
Répartition suivant la situation au foyer:		
personnes ne vivant pas seules:	12	4o.oo
personnes vivant seules :	9	3o.oo
personnes placées :	9	3o.oo
total :	3o	1oo.oo
Répartition suivant la pathologie:		
pathologie de l'appareil locomoteur :	19	63.34
pathologie cardio-circulatoire:	4	13.33
pathologie mentale :	5	16.67
pathologie respiratoire :	1	3.33
pathologie rénale :	1	3.33
total :	3o	1oo.oo

2.2.2. Observations générales.

Bien que la constitution de l'échantillon ait été laissée au hasard, il apparaît que sa composition est suffisamment différenciée quant à la répartition, suivant les différents critères considérés.

La différence entre la répartition suivant l'état civil (8o% de personnes non mariées) et la répartition suivant la situation au foyer fait apparaître que la présence d'un entourage immédiat est une condition essentielle pour la réalisation du maintien à domicile.

Il convient de relever que toutes les situations décrites sont connues par des assistantes (d'hygiène) sociale(s). Ce fait peut constituer un biais lorsqu'on considère la satisfaction des besoins au départ de la seule situation de la personne concernée. Il écarte en effet le facteur important de l'information et de l'accès que la personne peut avoir aux services (y compris les services sociaux) du fait de cette information et de la présence d'un intermédiaire éventuel.
Par contre, cette approche permet de considérer à la fois les besoins de la personne et la réponse des services existants.

2.2.3. Analyse des besoins.

Le groupe a tenté d'approcher les besoins en établissant un inventaire des besoins en services, professionnels et matériel sur la base de la définition qu'il a retenue, puis en étudiant 30 situations concrètes au départ de cette grille de besoins.

1. Les besoins sanitaires.

Ce premier tableau étudie :

1) les besoins en personnes : médecin,
infirmière,
aide soignante,
pédicure,
kinésithérapeute,
ergothérapeute,
diététicienne,
laborantin,
ortophoniste,
orthoptiste,

2) les besoins en équipement et accessoires,

3) les besoins en établissements.

1.1. Les besoins en personnes.

Dans tous les cas, le médecin est présent.
8 sur 13 personnes qui demandent les soins d'une infirmière peuvent en bénéficier; dans 5 cas elle fait défaut.
16 personnes ne nécessitent pas l'assistance d'une infirmière
21 personnes sur 30 souhaitent la visite régulière d'une pédicure;dans 7 cas seulement le besoin est satisfait.
La proportion des besoins non satisfaits s'accentue encore pour l'intervention du kinésithérapeute:7 personnes seulement sur 23 bénéficient de son service.
L'aide soignante, la diététicienne, la laborantine, l'orthoptiste et l'orthophoniste sont peu solicitées et en cas de besoin, le service est souvent d'un accès difficile à partir de la région où habite la personne concernée.

Observation :

Lorsqu'un service spécialisé (ergothérapie, orthophonie) doit intervenir, il surgit des difficultés. En effet, ces services sont peu connus et l'idée de la prise en charge du malade par une équipe pluridisciplinaire est encore peu acceptée.

1.2. Les besoins en équipement et accessoires.

Il ne semble pas exister trop de difficultés pour satisfaire les besoins dans ce domaine, si ce n'est le choix d'un matériel adéquat et le financement de l'équipement nécessaire pour assurer à la personne la plus grande autonomie possible.

1.3. Les besoins en établissements.

Le tableau fait ressortir qu'en cas de nécessité, toute personne peut être admise dans un hôpital ou dans une clinique.
Les séjours en convalescence ne posent pas de problèmes, parce que la plupart des personnes ne formulent pas cette demande; par contre 2 seulement sur 5 bénéficient du service lorsqu'ils en ont besoin.
La réhabilitation constitue une difficulté importante pour 9 personnes sur 16, avec la conséquence d'une plus grande dépendance vis à vis de l'entourage.
Les dépannages à l'occasion d'un départ en vacances de la famille soulèvent un réel problème (12 cas sur 18).

Observation:

Très souvent, les malades font de trop longs séjours en milieu hospitalier. L'affection aigue soignée, le malade devrait avoir la possibilité de quitter l'hôpital pour se rendre en convalescence active ou faire appel à un service de réhabilitation. Ceci lui permettrait de regagner son foyer avec un maximum d'indépendance vis à vis de son entourage.
Des efforts sont à réaliser pour soulager les membres de la famille dans la charge qu'ils assument en cas de maladie chronique d'un de leurs parents.

2. Les besoins sociaux.

Le deuxième tableau étudie :

1) les besoins en personnes: assistante sociale,
aide familiale,
famille,
personne bénévole,

2) les besoins matériels et les services:
logement,
repas sur roues et foyers restaur.
soins d'hygiène,
transports,
démarches administratives,
travail,
réadaptation,
revenus et autres avantages sociaux.

2.1. Les besoins en personnes.

Dans la majorité des cas, les malades peuvent compter sur leur famille.
L'intervention de l'assistante sociale peut toujours être demandée, même si la prise en charge est parfois estimée insuffisante (par les professionnels eux-mêmes).
L'aide familiale est disponible pour un peu plus de la moitié des cas.
11 personnes sur 26 ont la possibilité de faire appel à une personne bénévole.

2.2. Besoins matériels et services.

1. Logement: 13 personnes sur 26 nécessiteraient un logement plus adapté, du fait de leur handicap physique.
   Le nettoyage, le dépannage et la blanchisserie ne semblent pas poser de problèmes majeurs.
   L'installation du téléphone fait défaut dans 8 cas.

2. Repas sur roues et foyers restaurants:
   Sur 19 personnes qui auraient besoin d'un service de repas sur roues, 6 seulement en profitent.
   En ce qui concerne les foyers restaurants, 24 sur 30 personnes ne veulent ou ne peuvent pas y prendre leurs repas. Il est vrai que ce type de service n'est pas encore connu dans notre pays et que l'accès soulève le problème du transport de la personne, qui elle hésite parfois à prendre ses repas en communauté du fait de son état physique (perte du contrôle des mouvements).

3. Soins d'hygiène, soins des cheveux:
   Les soins d'hygiène sont généralement assurés à domicile soit par la famille, soit par l'infirmière ou l'aide familiale.

4. Transport:
   Nombre de personnes (15 sur 30) ressentent le besoin de se déplacer davantage, mais elles n'en ont pas le moyen vu leur handicap, leur âge, leur lieu de résidence ou leur logement.

5. Démarches administratives:
   Les intéressés ne rencontrent pas de difficultés dans ce domaine; ils peuvent en effet compter sur leur famille, les voisins, l'assistant social.

6. Travail:
   23 personnes ne travaillent pas. Cette large majorité résulte de ce qu'il s'agit de personnes très âgées, retraitées ou gravement handicapées. 4 personnes pourraien travailler, mais elles n'y ont pas intérêt ou ne trouvent pas d'activité qui leur convienne.

7. Réadaptation:
   La même remarque vaut pour la réadaptation.
   9 personnes sur 12 souhaiteraient toutefois bénéficier d'une réadaptation : il s'agit de 6 hommes et de 3 femmes âgés entre 33 et 61 ans, dont 3 hommes et 2 femmes sont placés en institution.
   Le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'un service de réadaptation maintient les personnes intéressées dans une dépendance vis à vis de leur entourage et vis à vis de la société (placement divers, maladie....).

8. Revenus et autres avantages sociaux:
Les revenus et les autres avantages sociaux (allocations compensatoires et spéciales) sont généralement assurés.
Il faut signaler toutefois que l'adaptation du logement et l'acquisition des moyens accessoires nécessaires sont souvent inaccessibles sur le plan pécuniaire.

Observation:

Certains besoins sociaux sont satisfaits, en grande partie.
Des lacunes importantes sont constatées en matière de logement adapté, de transport et de réadaptation.

3. Les besoins culturels.

Le troisième tableau analyse les besoins culturels, qui se regroupen en: loisirs,
occupations,
contacts sociaux,
formation,
vacances.

3.1. Loisirs.

Dans le domaine des loisirs peu de besoins sont exprimés.
Pratiquement toutes les personnes de l'échantillon lisent et regardent la télévision ou font l'un des deux.

3.2. Occupations.

18 personnes sur 2o n'éprouvent pas le besoin ou n'ont pas les moyens de faire du bricolage p. ex.. Ceci s'explique du fait de leur âge ou de leur incapacité de faire usage de leurs mains, ce qui constitue en réalité un argument pour une ergothérapie (malades hémiplégiques, malades atteints de P.C.E.....).

3.3. Contacts spciaux.

Clubs et sports:
14 personnes aimeraient faire partie d'un club; il s'agit en grande partie de personnes seules (célibataires, veuves, divor= cées). La plupart d'entre elles sont atteintes de maladies rendant les déplacements et le transport difficiles. De plus, 8 habitent dans des petits villages où les clubs font défaut. La pratique du sport s'avère généralement impossible, vu l'âge et la maladie de la population étudiée.

3.4. Formation.

Comme pour la réhabilitation et la réadaptation, le besoin de formation n'est souvent pas ressenti en raison de l'âge et de la maladie. Les 5 personnes qui aimeraient en bénéficier, habitent des régions dépourvues de centres de formation et un long déplacement est contrindiqué du fait de leur état de santé ou encore leur situation est consolidée sans qu'on n'ait proposé une réadaptation professionnelle au moment opportun.

3.5. Vacances.

11 personnes sur 29 n'éprouvent pas le besoin de partir en vacances; il est vrai que beaucoup d'entre elles font partie d'une tranche d'âge (65-87 ans) qui n'a pas l'habitude de faire des vacances. D'autres ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour les gestes de la vie quotidienne. Les malades et leur famille sont peu informés sur les hôtels et les appartements qui accueillent des personnes handicapées.

Observation:

Un grand nombre de personnes s'isolent ou sont isolées chez elles. Les possibilités de nouer des contacts sociaux, d'entreprendre une formation et de faire des vacances sont limitées par l'âge et la maladie.

Conclusion.

Même si cette analyse ne peut prétendre couvrir tous les besoins et tout le territoire du pays, certaines tendances apparaissent.

Les soins médicaux et infirmiers (càd les soins curatifs)sont les mieux assurés, une hospitalisation est toujours possible. Par contre, les soins préventifs, l'éducation, la réadaptation ne sont pas toujours satisfaits, les besoins psychologiques et sociaux des personnes sont moins reconnus (transports, contacts humains.....). Dans les besoins matériels, le logement et les transports posent des problèmes majeurs et demandent des solutions.

En cas de maladie, le temps d'hospitalisation dépasse souvent le temps réellement nécessaire. Le malade ne bénéficie pas toujours d'une réadaptation rapide, la rentrée à domicile se fait tardivement, sans préparartion, et des difficultés surgissent parce que les services nécessaires font défaut (kinésithérapie, ergothérapie); la personne se décourage et l'expérience montre souvent qu'une réhospitalisation ou un placement s'avère nécessaire.

Il semble que la situation actuelle dans notre pays soit marquée par l'absence d'une optique de revalidation et un manque de compréhension à l'égard de la personne malade. Celle-ci devrait trouver un cadre qui lui assure un traitement, une réadaptation, un soutien et une prise en charge au retour à son domicile jusqu'à son indépendance la plus complète possible. Ceci implique la prise en considération des besoins curatifs, sociaux et psychologiques de la personne.

La psychologie du malade est souvent négligée. Ne faut-il pas s'interroger sur les conséquences humaines d'une opération grave, d'un handicap physique? Le malade ne demande-t-il pas de s'exprimer, de parler de son handicap? Un soutien moral ne l'aiderait-il pas à mieux accepter un mode de vie plus contraignant dans une société mal à l'aise ou insécurisée à son égard?

En conclusion, la prise en charge globale que signifie le maintien à domicile ne peut pas être réalisée vu l'absence des services nécessaires. Leur mise en place demande un changement des mentalités aussi bien que des moyens financiers.

Le personnel soignant et le personnel médico-social devrait être préparé à cette alternative.
La réalisation du maintien à domicile demande également la volonté déterminée de réorienter la politique sociale dans ce domaine, surtout en temps de crise économique. En effet, l'objectif ne devrait-il pas être plutôt d'aménager la société pour accueillir les personnes malades, handicapées et âgées que de les reléguer dans des institutions?

2.2.4. L'évolution des situations au cours d'une année.

Situation au départ		Evolution	Nombre de personnes				
Personnes placées :	9	décès					4
		hospitalisation			1		
		retour à domicile		1			
Personnes à domicile :	21	décès					2
		hospitalisation			2		
		placement				2	
		décès					1
		placement				2	
		situation inchangée	12				
		situation améliorée		3			
			12	3	1	3	4	7

46.66% des personnes connaissent une modification importante dans leur vie au cours d'une année.

Ce changement signifie :

pour 13.33% des personnes une amélioration de la situation

pour 33.33% des personnes une détérioration de la situation (décès: 23.33%; placement: 13.33%).

Chez une personne (placée au départ), l'hospitalisation est le pas décisif pour un retour à domicile, tandis que chez deux personnes, elle est l'étape intermédiaire pour un placement définitif.

4 situations (19.o5%) ont abouti à un placement.

Parmi les 7 personnes (23.33%) qui sont décédées, 5 étaient placées en institution.

2.2.5. Analyse des placements.

Evolution de la situation avant le placement	Principales raisons ayant déterminé le placement
<u>Situation 2.</u> hospitalisation (6 mois) / retour à domicile: organisé (6 mois) (refus d'entrer en maison de retraite, admission demandée par la famille) / 2e hospitalisation / placement: maison de retraite, admission demandée par la famille	1. état de santé du malade 2. logement non adapté, conditions d'hygiène défectueuses 3. isolement 4. démission de la famille
<u>Situation 3.</u> demande d'admission en maison de retraite à l'instigation de la famille / hospitalisation / retour à domicile / 2e hospitalisation / placement: maison de retraite, admission demandée par la personne concernée	1. démission de la famille: refus de reprendre la malade 2. état de santé de l'entourage 3. logement non adapté 4. refus d'une aide extérieure
<u>Situation 5.</u> maison de retraite: admission demandée par les personnes concernées / retour à domicile / retour à la maison de retraite après le décès du conjoint	1. état de santé du couple 2. isolement, absence d'entourage 3. absence des services nécessaires 4. demande de la personne concernée qui avait l'habitude de vivre en maison de retraite

Situation 6. hospitalisation / placement: établissement dont la spécialité ne correspondait pas à l'état de la personne concernée / demande de rentrer à domicile / décès	1. état de santé de la personne concernée 2. refus de faire appel aux services existants 3. démission de l'entourage (état de santé)
Situation 8. hospitalisation / retour à domicile / 2e hospitalisation / placement: maison de retraite	1. isolement 2. logement non adapté 3. situation de santé, âge de la personne concernée 4. attitude de la malade qui ne voulait plus se prendre en charge
Situation 10. hospitalisation (6 mois) / placement: maison de soins, admission demandée par la famille	1. isolement, absence d'entourage (proximité géographique) 2. absence des services nécessaires 3. logement non adapté 4. état de santé et âge des parents
Situation 23. / placement	1. état psycho-intellectuel de la personne 2. isolement: absence d'entourage immédiat 3. logement non adapté 4. manque d'une structure de maintien à domicile
Situation 24. / placement	1. âge de la personne 2. manque de préparation au maintien à domicile 3. logement non adapté 4. isolement: absence d'entourage immédiat

Situation 27. hospitalisations (plusieurs mois) / placement: maison de soins / hospitalisation / placement: maison de retraite (à la demande de l'entourage)	1. isolement 2. démission de l'entourage (voisins)
Situation 14. hospitalisations multiples / placement: maison de soins / home pour handicapés hospitalisation / hospitalisation / placement: maison de retraite / décès	1. démission de la famille (refus) 2. état de santé de la personne concernée 3. isolement
Situation 15. hospitalisations multiples / retour à domicile (organisé) / hospitalisation (internement) / placement: maison de retraite (avec l'accord du malade)	1. état de santé (psychique) du malade 2. isolement 3. démission de la famille (état de santé)
Situation 21. hospitalisation (± 5 mois) / retour à domicile (organisé) / 2e hospitalisation / placement: maison de soins (à la demande de la famille, refus du malade) / décès	1. état de santé de la personne concernée (aggravation) 2. démission de la famille (état de santé) 3. logement non adapté 4. isolement 5. absence des services nécessaires

Principales raisons ayant déterminé le placement	Importance relative 1	2	3	4	5	Total
1. isolement	3	3	2	2	-	1o
2. situation de santé, âge	6	1	1	-	-	8
3. démission de l'entourage:						9
- refus	2	1	-	1	-	4
- santé	-	2	2	1	-	5
4. logement non adapté	-	2	5	-	-	7
5. absence de services	-	1	1	1	1	4
6. attitude du malade, refus de se prendre en charge	1	1	-	1	-	3
7. refus d'une aide extérieure	-	1	-	1	-	2
8. demande du malade	-	-	-	1	-	1

En analysant l'évolution des situations avant le placement, on constate que:

1. le placement est rarement primaire: il est souvent précédé de plusieurs hospitalisations,
2. les retours à domicile ne sont généralement pas organisés,
3. la demande de placement émane le plus souvent de l'entourage, la personne concernée y adhère seulement sous le poids d'une forte pression extérieure.

Dans les situations étudiées, les raisons qui déterminent le placement restent identiques, même si leur importance relative est variable.
Elles peuvent être résumées comme suit:

1. état de santé et âge de la personne concernée,
2. isolement,
3. démission de l'entourage,
4. logement non adapté,
5. absence de services nécessaires,
6. refus ou incapacité de la personne de se prendre en charge,
7. refus d'une aide extérieure.

L'état de santé de la personne concernée joue obligatoirement un rôle prépondérant. En dehors de ce facteur, la démission de l'entourage, l'isolement de la personne et les conditions de logement sont les principales (tant par leur fréquence que par leur importance relative) raisons des admissions en institution.

En ce qui concerne la démission de l'entourage, il convient de souligner qu'il s'agit le plus souvent de personnes âgées ou handicapées, qui ne sont plus capables d'assurer la prise en charge d'un membre de leur entourage ayant besoin d'une tierce personne.

2.3. Entretiens avec les Associations de Professionnels et d'Usagers.

2.3.1. Les Associations de Professionnels.

1. Description de l'échantillon.
Dès le début de ses discussions, le groupe de travail sur le Maintien à Domicile prévoit l'élaboration d'un questionnaire à présenter à différents professionnels particulièrement concernés. Il retient dans sa réunion du 22.1o.1981 de contacter "Höllef doheem", le groupe des Aides Familiales et des Aides Seniors, l'ANIL et la Société des Omnipraticiens.
La réponse de l'Association des Kimésithérapeutes n'a pas pu être prise en considération.

Les membres de ces associations sont directement confrontés aux problèmes posés par le Maintien à Domicile, du fait de leur contact immédiat avec les personnes âgées, handicapées, malades ou isolées.

Le groupe a pensé que leur apport, basé sur leurs expériences pratiques, nous permettrait de mieux décrire la situation actuelle, de chiffrer et de cerner les besoins rencontrés, de connaître leurs réflexions sur l'organisation d'un service structuré de Maintien à Domicile.

2. Analyse des entretiens.

2.1. Opinion sur le m.à.d..

Les quatre associations sont d'avis que le m.à.d. est un service indispensable pour favoriser le contact avec le milieu familial et pour éviter à la personne âgée, handicapée ou malade une hospitalisation de longue durée.

2.2. Expérience du m.à.d..

Un service possède une expérience de soins à domicile de 135 ans et la juge très positive.
D'autres, riches de leur vécu quotidien, soulignent que la famille et l'entourage des intéressés se sentent souvent responsables et solidaires de leur bien-être.

1. Problèmes et besoins rencontrés:
La structure hospitalière n'est pas adaptée aux besoins des personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant l'aide d'une tierce personne. Le m.à.d., qui à première vue semble être une solution plus heureuse, dépend toutefois de la disponibilité de l'entourage (entente familiale, travail du couple, surmenage de la famille) et de l'attitude de la personne concernée (désorientation mentale, avarice, refus de tout contact social).
Les besoins rencontrés consistent:
a) en des soins réguliers et continus très diversifiés à donner à
- des personnes âgées, handicapées ou paralysées,
- des malades chroniques,
- des malades incurables

b) en des soins temporaires à donner à
   - des malades sortant de clinique (convalescents),
   - des malades pouvant être traités à domicile

c) dans l'assistance aux mourants.

Les besoins matériels vont de pair avec les besoins psychologiques:
   - contacts humains, aide et soutien moral pour briser la solitude,
   - soutien aux personnes s'occupant de malades, de personnes âgées ou handicapées.

2. Solutions éventuelles et appréciation de ces solutions:
   Dans certaines régions il existe plusieurs services de soins à domicile. Cette situation entraine des problèmes de non-collaboration, de double emploi.
   Dans d'autres régions le service est pratiquement inexistant.
   Parfois les actes para-médicaux sont assurés sélectivement, le délai pour bénéficier des prestations est trop long, le matériel demandé n'est pas diponible, la qualité des soins est parfois négligée.
   Une association estime que l'organisation se heurte à des problèmes financiers.

3. Solution du maintien à domicile par rapport à la solution du placement en institution :
   Les quatre associations sont d'avis que le m.à.d. comporte des avantages sur plusieurs plans:
   - avantages psychologiques certains car cette solution répond le plus souvent au désir du malade,
   - avantages matériels à long terme parce que l'intéressé est pris en charge par l'entourage à condition d'offrir un appui moral et éducatif à cet entourage,
   - prévention secondaire de l'aggravation de la maladie ou du handicap.

   Le maintien de la personne âgée, malade ou handicapée dans son milieu d'origine peut constituer un enrichissement pour son entourage et la société, mais représente aussi une charge importante pour la famille et l'entourage.

4. Nécessité d'établir une structure de m.à.d.:
   Les différents professionnels estiment qu'il y a nécessité absolue d'établir des structures spécifiques permettant de donner une solution globale et rapide aux différents problèmes et de décharger les hôpitaux qui, par définition, traitent les maladies aiguës.

5. Obstacles au m.à.d.:
   Les obstacles les plus cités sont :
   - le mode de non-financement par les caisses de maladie,
   - logement inadapté,
   - manque de confort élémentaire,
   - services trop éloignés aux rayons d'action,
   - entourage réticent ou incapable de collaborer,
   - problèmes liés à la personne concernée (désorientation, attitude exigeante).

6. Limites du m.à.d.:
   Le m.à.d. peut être organisé, si la personne n'à pas besoin de la présence plus ou moins constante d'une tierce personne, si elle peut compter sur quelqu'un de son entourage pour assurer cette permanence et si son handicap - trop grave - ne constitue pas une charge trop grande pour la famille. Les limites sont constituées par l'éventail de la prise en charge des caisses de maladie. Il faut distinguer 3 formules :
   1. m.à.d. ne nécessitant pas de soins spécifiques,
   2. m.à.d. nécessitant des soins spécifiques,
   3. hospitalisation à domicile (les maladies aigües étant traitées à l'hôpital).

7. Rôle de votre profession, de votre association:
   Les quatre associations définissent clairement leur rôle spécifique qui est d'ordre médical, para-médical et d'ordre ménager. Elles insistent qu'il a toujours un aspect éducatif.

2.3. Qu'attendez-vous d'une structure de maintien à domicile ?
Les concepts énumérés ont été les suivants :

1. La création de services pluridisciplinaires comprenant un personnel fixe et un personnel sur prestations.

2. L'organisation du service qui devra permettre
   - la semaine de 40 heures
   - un service régulier de qualité à horaires souples englobant les W-E, les jours fériés et les congés.

3. Des prestations qui sont des soins spécifiques et non spécifiques ainsi qu'une action éducative au niveau de l'entourage.

4. La création de services collectifs p.ex. logements communautaires, foyers de jour, centres de vacances.

5. La constitution de groupes d'entraide p.ex. pour utiliser les compétences professionnelles des personnes âgées.

2.4. Comment verriez-vous l'organisation d'une telle structure ?
1. Organisateur:
   Pour les uns le m.à.d. doit être intégré dans les struc= tures existantes couvrant tout le pays, afin de permettre une meilleure coordination et une limitation du coût du service en question. Cette structure peut être:
   - un service de l'Etat,
   - un service dans une commune,
   - le service social polyvalent de secteur ou il faut:
     - prévoir une plus grande décentralisation des secteurs en aménageant le bureau de l'assistante dans le secteur,
     - une équipe d'intervention rapide (pouvant assurer également les remplacements) "pompiers de service".

Il faudrait prévoir une centralisation de la demande (o12 m.à.d.).
Pour les autres, l'organisation du service doit être laissée à l'initiative privée; ils insistent cependant sur la nécessité d'une collaboration entre tous les professionnels concernés.

2. Personnel :
Le personnel doit être qualifié en raison de la responsa= bilité professionnelle qui lui incombe et comprend : médecin, infirmier(e) hospitalier(e) gradué(e), infirmier(e), assistant(e) (d'hygiène) social(e), aide-soignante, aide-familiale, aide-senior, pédicure, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, femme de charge.

Les quatre associations ont des avis différents sur le nombre de consommateurs par nombre de professionnels :
- définir le nombre des intéressés en se basant sur les expériences des autres pays;
- prévoir un minimum de personnel pour l'augmenter au fur et à mesure;
- se baser sur le nombre d'habitants (p.ex.: 1/6ooo pour les infirmiers (ères).

3. Mode de paiement:
Toutes les prestations du maintien à domicile doivent être tarifiées.
Le personnel peut être rémunéré par l'organisateur du service par rémunération fixe ou sur prestation; le service reçoit les remboursements des caisses de maladie et les participations des bénéficiaires (calculés au prorata de la situation de fortune).

4. Bénévoles :
Le bénévolat est indispensable. Il peut garantir la présence de la tierce personne et peut briser l'isolement.
Le recours à des bénévoles exige un encadrement professionnel approprié.

5. Aspect économique :
La solution du maintien à domicile est plus économique à long terme et plus humaine.

3. Synthèse des interviews des quatre associations professionnelles: (ANIL, Höllef Doheem, Aide-Familiales, Ass. des Omnipraticiens)

Toutes les associations sont en faveur du maintien à domicile surtout en raison de son caractère plus humain.

Les limites et obstacles du maintien à domicile sont soit d'ordre matériel (couverture défectueuse des besoins) soit d'ordre humain (réticence ou incapacité de collaborer).

Les associations dont les membres ont déjà une longue expérience de certains aspects du maintien à domicile apportent des réponses très pratiques à ce sujet.

Il ressort des différentes interviews qu'il faut créer un service pluridisciplinaire structuré, disposant d'un personnel qui peut offrir des services spécifiques et diversifiés.

Le personnel peut être payé à l'acte ou en tant que salarié.

Il n'y a pas de concept unique quant au nombre de professionnels par tranche d'habitants; il serait souhaitable que le service soit régionalisé et qu'il s'intègre dans les structures existantes, étoffées en personnel.

L'importance d'un bénévolat bien encadré est généralement reconnue parce qu'il favorise le contact humain et l'intégration dans le groupe social.

Pour les quatre associations, le maintien à domicile est considéré comme une solution plus économique que le placement en institution.

Il est à relever que les solutions qui sont offertes actuellement, sont nettement insuffisantes et ne répondent pas entièrement aux besoins des usagers.

4. Observations personnelles.

Nous avons vivement apprécié l'intérêt manifesté par les associations interviewées.

Ces professionnels en contact quotidien avec les personnes âgées, malades ou handicapées ont su cerner les problèmes et apporter des idées pratiques quant à l'organisation des services d'un maintien à domicile.

La confrontation des différents concepts nous permet de démontrer la nécessité de disposer d'un service structuré afin de garantir le maintien à domicile des personnes qui désirent en bénéficier.

2.3.2. Les Associations d'usagers.

1. Description de l'échantillon.

Afin de cerner les demandes spécifiques des usagers, notre groupe s'est proposé d'interviewer 3 associations pouvant être considérées comme représentatives des bénéficiaires d'un service de maintien à domicile, à savoir :

- l'AMIPERAS, qui défend les intérêts des personnes du 3e âge,
- l'AUTOGESTION, qui représente des personnes handicapées,
- LA LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE LA SCLEROSE EN PLAQUES, qui regroupe des malades souffrant d'une affection chronique qui ont souvent besoin d'une aide particulièrement élaborée.

Le groupe de travail estimait que, grâce aux expériences concrètes décrites par les usagers, il serait possible d'appréhender la situation de la personne malade, handicapée, isolée ou âgée à son domicile, de déterminer ainsi les ressources offertes par le milieu naturel et les attentes à l'égard d'un service d'aide.

L'intérêt des témoignages résiderait encore dans la mise en évidence du vécu des usagers face à la question du maintien à domicile et de leur engagement pour défendre cette cause.

En raison du nombre restreint d'intervieuws, de la spécificité de chaque association d'usagers et de la technique d'investi= gation utilisée (entretien semi-directif), une présentation schématique des résultats aurait été difficile à réaliser.

2. Analyse des entretiens.

2.1. Opinion sur le m.à.d..

Les trois associations expriment un très grand intérêt pour la question du m.à.d., étant donné que, tous leurs membres souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur milieu d'origine.

2.2. Expérience du maintien à domicile.

Deux associations traitent la question d'une façon plus théorique, tandis que la troisième parle d'une certaine expérience et perçoit le manque de structures dans son entière réalité.

1. Problèmes et besoins rencontrés:
   Lors des entretiens on relève :
   - des problèmes inhérents à la <u>personnalité</u> de l'usager:
     . démission à l'égard de sa situation (résignation, passivité, isolation, idées suicidaires)
     . non utilisation des ressources déjà mises à sa disposition,
   - des problèmes inhérents à la <u>situation sociale</u> de l'usager:
     L'importance capitale de la famille est soulignée; si la tierce personne fait défaut ou résigne, les problèmes de la vie courante prennent plus d'importance (transport, logement, loisirs...) et l'impact psycholo= gique de l'isolement s'aggrave,
   - des problèmes inhérents à l'<u>organisation matérielle</u> de la vie courante:
     les problèmes, tels le logement inadapté, les moyens de transport, le matériel et l'équipement techniques non adaptés, les services de dépannages inexistants, sont également évoqués dans une optique d'un financement onéreux
   - des problèmes inhérents aux <u>services</u> existants:
     d'un côté on note un manque de structuration et de coordination entre les différents services et d'un autre côté on note un manque d'information et une mauvaise utilisation par les usagers.

Le respect de la personne âgée ou handicapée apparaît comme une demande primordiale. Son intégration sociale totale et réelle est souhaitée.
Le soutien de l'environnement familial de l'usager est réclamé par les trois associations, aussi bien dans le

domaine de l'aide quotidienne (aide-familiale, bénévole..) que dans le domaine d'une aide plus spécifique (vacances, sorties..). Deux associations demandent pour leurs membres une intervention financière pour les aides techniques.

2. Solutions éventuelles et appréciation de ces solutions:
   Des services très concrets comme les services de soins à domicile, la législation en matière d'acquisition des aides techniques, d'acquisition et d'aménagement des logements sont pris en considération et critiqués par une association. Une autre a pensé plutôt aux réalisations pour les personnes âgées (maisons de retraite maisons de soins, Hôpital Neuro-Psychiatrique de l'Etat) ne lui donnant pas toute la satisfaction souhaitée.

3. Solution du maintien à domicile par rapport à la solution du placement en institution :
   Les trois associations sont unanimes dans leur opinion que la préférence doit être donnée au maintien à domicile avec une infrastructure adéquate. Les avantages invoqués sont aussi bien des avantages psychologiques et humains que des avantages matériels.

4. Nécessité d'établir une structure de m.à.d.:
   Les trois associations sont convaincues de la nécessité absolue d'établir une structure pour un service de maintien à domicile, tant pour garantir les intérêts des intéressés, que pour garantir les intérêts de leur entourage.
   Deux associations n'ont pas de propositions concrètes, mais désirent contribuer à l'établissement d'une telle structure. Une association pense qu'une telle structure pourrait être garantie par des "Centres d'Accueil", décrits plus loin.

5. Obstacles au m.à.d.:
   Les trois associations ne voient pas d'obstacles du point de vue humain, mais plutôt du point de vue de l'organisation (absence d'organisateur, moyens financiers non disponibles).

6. Limites au m.à.d.:
   Les limites apparaissent quand la personne concernée souffre d'un handicap très grave, exigeant une présence trop importante de la famille, des aides techniques sophistiquées ou des conditions de logement spécifiques.

7. Rôle de votre association:
   Les trois associations veulent intervenir auprès de leurs membres pour les sortir de leur isolement et les inciter à participer activement aux services offerts.
   Aussi ont-elles dans leurs objectifs d'intervenir auprès des instances officielles.
   Dans ce contexte, seul l'Amiperas propose une expérience décrite plus loin.

2.3. Attentes vis-à-vis d'une structure de maintien à domicile?

2.4. Organisation d'une telle structure?
Ces deux chapîtres du questionnaire se recoupent, car, et dans l'un et dans l'autre on a parlé de services et de personnel.

Les associations ne peuvent pas préciser l'organisation d'un tel service, mais elles pensent à l'intégration dans une structure existante avec la nécessité toutefois d'établir une coordination entre les différents services.

Les trois associations ne veulent pas avancer de chiffre en ce qui concerne le nombre de consommateurs par nombre de professionnels. Les professions citées sont : infirmière, aide-soignante, aide ménagère, aide-familiale, aide-senior, assistante sociale, médecin, animateur, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute.

Deux associations mettent l'accent sur l'emploi de bénévoles. Leur tâche serait d'intervenir dans des situations bien précises: petits travaux ménagers, réparations, transports, sorties, soutien moral.....
Seule une association a fait une expérience négative en s'assurant la collaboration de bénévoles. Cependant elle s'associe à l'opinion qu'il y a nécessité d'organiser le bénévolat et de former des bénévoles.

Le paiement d'un personnel en m.à.d. s'avère également être une question à discuter. Tous les modes de financement ont été envisagés: paiement à l'acte, traitement de base fixe et paiement à l'acte, paiement à l'organisateur du service.
La participation au financement par l'usager est admise; cependant l'intervention des caisses de maladie est estimée insuffisante et devrait être rediscutée.

En parlant de l'aspect financier du m.à.d., les trois associations sont d'avis que celui-ci est plus avantageux que toute autre solution et certainement plus humain.

3. Synthèse des interviews: idées plus spécifiques des trois associations :

LSP et Autogestion: les deux associations mettent l'accent sur une de leur préocupation qui est de maintenir la personne handicapée le plus longtemps possible dans son foyer familial.
Une proposition pour réaliser le m.à.d. serait d'aménager des appartements adaptés dans des immeubles résidentiels pourvus d'une infrastructure adéquate (personne valide disponible si nécessité), sans pourtant vouloir créer des ghettos.

Amiperas: l'Amiperas propose une expérience pilote avec
- des commissions des personnes âgées au niveau communal,
- des "Centres d'Accueil" dans lesquels la section locale de l'Amiperas serait intégrée pour
  . la centralisation des demandes,
  . la distribution des charges à un personnel qualifié,
  . la formation des bénévoles,
  . la facturation globale des actes et services rendus.

4. Observations du groupe de travail.

L'argument humain, le droit et le désir de la personne âgée, malade ou handicapée de vivre décemment dans son milieu d'origine, constitue la préocupation majeure des usagers.
Les associations soulignent le rôle de la famille qui apparaît comme le garant primordial d'un maintien à domicile de qualité, en soutenant l'usager tant du point de vue psycho-social que dans la satisfaction des besoins matériels.
En deuxième lieu, les usagers insistent sur la nécessité de disposer d'un environnement adapté (logement/transport/matériel technique...).

On constate que dans les grandes lignes les avis des trois associations se recouvrent, bien que chaque groupe ait une approche spécifique de certaines questions concrètes, approche qui est fonction de la catégorie d'usagers qu'il représente: p.ex.: Autogestion et la LLSP insistent sur les besoins des jeunes(loisirs insuffisants.....) alors que l'Amiperas déplore le manque de structures d'aide souples, adaptées aux besoins individuels des personnes du 3e âge.

Les usagers se réfèrent généralement plutôt à leur vécu et à leurs expériences personnelles, qu'à des considérations théoriques ou techniques.
Il reste, que même, si elles défendent le m.à.d. d'abord pour son caractère plus humain, les associations d'usagers sont également unanimes pour exiger une organisation plus poussée et plus coordonnée des services de m.à.d.. Elles insistent sur la nécessité de disposer d'une structure de m.à.d. capable de satisfaire, et les besoins des personnes concernées, et ceux de leur entourage familial, et elles désirent que cette structure soit connue et accessible à tout le monde.
Il est intéressant de noter que les associations n'envisagent que très peu d'obstacles infranchissables à l'organisation d'un service de maintien à domicile, sinon l'absence à l'heure actuelle d'organisateur et d'appui financier.

Un service de m.à.d. de qualité doit pouvoir s'appuyer sur des réformes en matière de législation (logements adaptés - interventions des caisses de maladie au niveau des prestations des services de m.à.d....).
L'information des usagers, de même qu'un travail de motivation sont indispensables.

Les associations soulignent leur disponibilité pour collaborer à la réalisation d'un service de m.à.d. par une sensibilisation des membres, des démarches auprès des instances officielles, la participation à une expérience pilote....
Elles insistent également beaucoup sur le rôle des bénévoles dans la pratique du m.à.d., aspect qui mérite une analyse approfondie (p.ex. la formation des bénévoles).

Apporter une solution globale au problème du m.à.d. est un souci majeur des usagers, c'est à dire qu'il faut se défaire du concept de catégorisation des services pour oeuvrer en faveur d'une structure de m.à.d. qui puisse satisfaire les besoins de toutes les personnes concernées.

2.3.3. Analyse comparative des entretiens avec les associations professionnelles et les associations d'usagers.

En analysant les réponses des associations , on ne trouve aucune opposition de fond dans leur avis. Les quelques divergences constatées reposent plutôt sur une formulation différente, sur la non connaissance de certains services, sur des oublis, sur l'interprétation différente de quelques points du questionnaire.

Il est évident que les usagers abordent les questions plutôt en partant de leur vécu, des problèmes propres à leur groupe, tandis que les professionnels, eux, se basent sur leur expérience pratique pour voir les aspects concrets de l'organisation et pour tenir ensuite compte des facteurs psychologiques et matériels

Il faut néanmoins relever qu'en parlant des problèmes rencontrés, les deux groupes pensent d'abord (quoique dans un ordre inversé) à la disponibilité de l'entourage et à la personnalité de l'usager concerné. On pourrait en conclure que les conditions premières pour la réalisation du m.à.d. sont l'attitude favorable de la famille, des connaissances ou du voisinage ainsi que l'adhésion effective aux projets de la personne concernée. Les usagers mentionnent ensuite les problèmes inhérents à l'organisation de la vie courante et aux services existants.

Le fait que les usagers citent d'abord comme besoins rencontrés le respect de la personne humaine, son intégration totale et réelle, le soutien à l'entourage devrait faire réfléchir les professionnels qui voient en premier lieu les soins matériels à dispenser et qui considèrent l'aide psychologique et morale à la personne, le soutien à l'entourage comme un accompagnement de ces services.
Certains groupes d'usagers réclament une aide financière pour les aides techniques dont ils ont besoin à leur domicile.

Concernant les solutions proposées pour résoudre les problèmes et faire face aux besoins, les réponses des usagers semblent un peu confuses; les professionnels relèvent surtout les carences des services offerts. Cette question se recoupe d'ailleurs avec d'autres qui suivent.

Les usagers et les professionnels sont d'accord pour affirmer que

la solution du m.à.d. présente par rapport à la solution du placement en institution, des avantages psychologiques et humains, un enrichissement pour l'entourage ainsi qu'un avantage matériel à long terme. Cependant, les professionnels ajoutent que le m.à.d. peut constituer une charge importante pour la famille ou l'entourage, mais aussi une prévention secondaire de l'aggravation de l'état du client.

Les deux groupes sont absolument convaincus de la nécessité d'établir une structure spécifique pour donner une solution globale aux différents aspects du maintien à domicile.

Dotés d'expérience, les professionnels ont rencontré les obstacles et les limites effectifs du m.à.d. tant du point de vue humain, (attitude de la personne concernée, de l'entourage), que du point de vue technique et financier. les usagers supposent que les obstacles résident dans l'absence d'organisation et de finances et que les limites sont posées par le handicap trop grave de la personne, accompagné de l'absence d'aides techniques et de logement adapté.

Les usagers voient leur rôle dans l'information des instances publiques et de leurs membres qu'ils désirent sortir de leur isolement; un seul groupe propose de participer activement à l'organisation du m.à.d.. Les associations professionnelles définissent clairement leur rôle spécifique.

Quelle que soit la structure proposée, les uns et les autres reconnaissent la nécessité d'une coordination et d'une collaboration entre les différents services; les professionnels trouvent en plus qu'une centralisation de la demande (o12 m.à.d.) doit être prévue.

Le personnel à employer comprend pour tous: médecin, infirmier(e) gradué(e) hospitalier(e), infirmier(e), assistant(e) (d'hygiène) social(e), aide-soignant(e), aide familiale, aide senior, aide-ménagère, kinésithérapeute, ergothérapeute; les professionnels voient en plus l'intervention d'une diététicienne, d'une pédicure et les usagers celle d'un psychologue. Les professionnels estiment que le personnel peut être rémunéré par un traitement ou sur prestation par l'organisateur du service qui reçoit le remboursement des caisses de maladie et les participations des bénéficiaires, calculées au prorata de la situation financière; les usagers envisagent tous les modes de financement, mais ne contestent pas une contribution aux frais de la part du client.

L'intervention des bénévoles dans le maintien à dom. est jugée indispensable, mais elle exige un encadrement professionnel approprié.

Les différentes associations estiment que la solution du m.à.d. est plus économique à long terme et plus humaine que toute autre solution.

2.4. Observations du groupe.

2.4.1. La Famille.

1. Rôle de la famille:

   On peut affirmer que le maintien à domicile n'est guère réalisable sans entourage immédiat.
   Il faudra évaluer d'abord la charge qui peut être imposée à la famille et à l'entourage. Les relations antérieures entre les différents membres de la famille jouent un rôle important.

2. Attitude de la famille:

   La famille d'aujourd'hui hésite souvent face au maintien à domicile de la personne âgée, malade ou handicapée. Elle craint la responsabilité qui découle d'une prise en charge de ces personnes. Souvent le jeune couple ne sait pas jusqu'à quel point il peut s'engager, surtout que bien des femmes s'adonnent aujourd'hui à un travail rémuné et de ce fait ont peur de ne pas pouvoir consacrer le temps nécessaire aux intéressés.
   Les membres de la famille redoutent aussi le caractère parfois difficile des personnes dépendantes et cherchent à éviter les démêlés avec celles-ci ainsi que les éternelles disputes pour des bagatelles.
   Dans le temps, alors qu'il était d'usage que plusieurs générations vivaient sous un même toit, les conflits n'ont souvent pas été mis à jour, mais à quel prix!

3. Demande de placement:

   Les demandes de placement proviennent le plus souvent de la famille et non de la personne elle-même. La famille formule cette demande la plupart du temps parce que la charge est trop lourde, ou qu'elle se sent incapable d'assurer les soins nécessaires (insécurité de la famille).
   Ici, l'attitude des professionnels vis-à-vis de la demande des familles joue un rôle essentiel.

4. Education de la famille:

   Afin de garantir un maintien à domicile efficace, il faut penser à éduquer la famille et l'entourage. Il faut arriver à sécuriser la famille et à l'informer sur les dispositions pour une meilleure prise en charge de la personne âgée, malade ou handicapée.

2.4.2. Décision : placement - maintien à domicile.

1. Isolement:

   L'alternative du placement n'est pas toujours la plus néfaste. Les gens qui souffrent de solitude se plaisent d'avantage en maison de retraite étant donné qu'ils sont en compagnie d'autres personnes.

2. Choix de l'intéressé:

   La décision "retour à domicile" ou " placement en institution" est souvent évoquée seulement lorsque la caisse de maladie refuse de prolonger la prise en charge des frais d'hospitalisation.

Or c'est dès le début d'une hospitalisation qu'il convient d'envisager le retour à domicile. Il faut faire avec les intéressés (patient, famille, entourage) le bilan des possibilités avant de décider d'un placement ou d'un maintien à domicile.
Si les conditions sont remplies, il faudrait que la personne puisse rentrer chez elle, quelle que soit la gravité de sa maladie ou la nature de son handicap.
Malheureusement, l'hospitalisation constitue souvent la première étape dans le processus d'institutionalisation (circuit maison de repos-maison de retraite-maison de soins), les personnes âgées s'installant facilement dans la dépendance qui représente pour elles la sécurité.
Il ne faut pas oublier, que certaines personnes désirent être placées après un séjour à l'hôpital plus ou moins long (phase de dégradation) lorsqu'elles s'aperçoivent que leurs forces diminuent.

3. Comment aider ce choix?

Promotion de la revalidation: il faut repenser le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques, afin que le séjour hospitalier ne devienne pas un séjour inactif avec perte des capacités, de l'autonomie et apparition d'une attitude passive et résignée.
Les institutions doivent oeuvrer dans le sens d'un retour à domicile.
Et à l'hôpital, et à la maison de retraite/maison de soins, il faut encourager les potentialités de la personne âgée/malade à s'activer.
Actuellement, la structure hospitalière ne s'avère pas propice à une revalidation (p.ex. pas d'espace pour se promener, pour se rencontrer, mobilisation insuffisante).
Il importe également d'inciter la famille à participer à la revalidation au cours de l'hospitalisation.

4. Education du personnel médical/paramédical:

La formation du personnel médical/paramédical doit être poussée dans le sens qu'il faut considérer comme un acte professionnel le fait de participer à la réadaptation du patient, afin de faciliter un retour à domicile.

2.4.3. Structures.

Actuellement, seules deux alternatives s'offrent aux intéressés:
- la famille,
- l'institution.

Les structures hospitalières favorisent la dépendance des malades, surtout lorsque l'hospitalisation dépasse largement le temps nécessaire pour le traitement. Le retour à domicile n'est guère préparé.
Il faut relever qu'il manque des services spécialisés, tels les centres de réadaptation et les services de gérontologie. Les maisons de gériatrie et de soins sont encore considérées comme une étape finale, alors qu'elles devraient être une étape intermédiaire et favoriser la revalidation et l'autonomie de l'intéressé.
L'ouverture des établissements à la population par la création de services divers tels: soins ambulatoires, repas sur roues, portes ouvertes dans les maisons de retraite éviterait aux intéressés des départs précoces du foyer.

Un service d'assistance temporaire immédiate pour des personnes dont la santé est subitement altérée, contrerait une option hâtive pour un placement en institution.
Une structure cohérente de maintien à domicile est nécessaire pour permettre des solutions adaptées aux situations données et devrait aboutir à une prise en charge médico-psycho-sociale des personnes concernées.
La solidarité et l'entraide spontanée de l'entourage devraient être encouragées.

2.4.4. Bénévolat.

1. Associations communautaires.

Intégrer les associations communautaires dans la chaine du m.à.d. devient une nécessité. Il ne faut cependant pas perdre de vue la problématique de ces associations (concurence entre elles). Il faut inviter ces associations à réfléchir afin qu'elles jouent un rôle actif et ne se limitent pas à des seules revendications.

2. Bénévoles.

En utilisant les ressources des associations communautaires on doit nécessairement parler des bénévoles.
Au Luxembourg on ne connaît qu'une tradition de bénévolat spontané. Celui-ci est indispensable. Il peut garantir la présence d'une tierce personne et briser l'isolement.
Le recours à des bénévoles exige un encadrement professionnel approprié. Il faut penser à la formation et essayer d'éliminer le problème de la durée qui ne peut pas être illimitée.

3. Utilisation.

Les personnes dont la santé est altérée, qui sont âgées ou isolées ne font que rarement appel au voisinage - bénévolat.
Il faudra donc par une information et une éducation appropriées arriver à provoquer un changement dans l'attitude de ces gens.

2.4.5. Aspect économique.

Dans les pays où le maintien à domicile est pratiqué, la solution est effectivement plus économique, si l'on compare le prix de journée du maintien à domicile à celui de la journée d'hospitalisation. Dans certaines situations le maintien à domicile peut être aussi coûteux que le placement en institution (gériatrie et maisons de soins). En effet le coût augmente avec le nombre de services offerts à une seule personne et avec le temps consacré à cette personne (p.ex. garde de nuit).
Si le prix de journée du m.à.d. équivaut à celui de l'hospitalisation pendant la période où le bénéficiaire nécessite beaucoup de soins, la solution sera plus économique à longue échéance.
L'argument majeure pour la solution du maintien à domicile restera toujours son caractère plus humain.
Le financement dépendra de la structure qu'aura le m.à.d.
Les soins médicaux sont pris en charge pour une large partie par les caisses de maladie. Il faudra négocier avec les organismes de sécurité sociale une prise en charge plus étendue des soins paramédicaux. La participation des concernés sera fixée sur base de leur situation financière. La différence entre celle-ci et le

prix de revient effectif sera prise en charge par l'Etat ou les communes.
Pour limiter le coût, seuls les besoins réels devraient être pris en considération.

3. Conclusions.

3.1. Le maintien à domicile est un service indispensable pour éviter à la personne âgée, handicapée ou malade une hospitalisation de longue durée et pour favoriser le contact avec l'entourage social, tant familial que social dans un sens large. Il a des avantages matériels, psychologiques et avant tout humains.

3.2. Le maintien à domicile doit être l'objectif constant et des personnes immédiatement concernées et des professionnels de santé ainsi que des travailleurs sociaux qui sont en contact avec ces personnes.
Sa réalisation se prépare chaque fois qu'une personne vit une phase critique où sa dépendance se trouve accrue.
Aussi faudrait-il développer dans les hôpitaux, l'optique de la revalidation et de l'autonomie du malade afin de préparer son retour à domicile.
Il ressort des discussions que le fonctionnement actuel des établissements hospitaliers ne répond guère à cet objectif.
L'argument immédiat du manque de personnel est inacceptable puisque la dépendance des malades, qui se consolide ainsi, demandera un investissement plus considérable en personnel à moyen et à long terme.

3.3. Il faut avoir à l'esprit que le maintien à domicile concerne essentiellement des personnes dépendant d'un tiers,qui sera le plus souvent la famille.
Il demande un bilan approfondi tant des conditions matérielles (logement, équipements, présence plus ou moins constante d'une tierce personne) que du climat psycho-social dans lequel a vécu et vit la personne concernée.
Il convient donc de prêter une attention particulière aux relations familiales antérieures et à la collaboration que la famille est disposée à prêter.

3.4. Le maintien à domicile est réalisé s'il y a couverture des besoins sanitaires (personnel, équipements, établissements), sociaux (personnels, services), psychologiques et culturels.
Il y a nécessité de la mise en place de structures capables de satisfaire les besoins des bénéficiaires et ceux de l'entourage familial qui les a en charge.
Elles seront des structures pluridisciplinaires, dotées d'un personnel pouvant offrir des services spécifiques et diversifiés et coordonnant ses interventions.
La coordination sera intérieure et extérieure au service.

3.5. Le maintien à domicile est un concept global, qui demande une approche globale s'il veut être une alternative à une solution institutionnelle.
Des initiatives spécifiques, isolées et non coordonnées sont certes louables, mais elles n'éviteront jamais une admission en institution (souvent à brève échéance).
Elles peuvent être contraire aux intérêts des personnes concernées, si elles servent d'alibi pour ne pas approcher le problème dans toute sa portée.
Il ressort de l'étude que la demande en services est satisfaite lorsqu'il y a couverture financière des prestations (voir soins couverts par les assurances sociales).
Or il s'agit de services partiels qui répondent incomplètement à la définition du maintien à domicile et n'en réalisent ni les objectifs, ni le but.

3.6. La mise en place du maintien à domicile demande une optique politique résolue pour une prise en charge plus humaine des personnes malades, handicapées et âgées. Elle exige les crédits nécessaires pour garantir une prise en charge globale à toutes les personnes qu'elles soient en mesure ou non d'en supporter les frais.
Si la solution plus humaine s'avérera aussi plus économique, cet effet pourra encore être considéré comme un argument majeur.

Annexe 2.

1. Besoins sanitaires.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	+	−	o	±
1.1. Besoins en personnes																																		
. aide soignante	o	o	o	o	−	o	o	o	o	+	o	o	o	o	−	o	−	o	−	o	o	o	o	−	−	−	+	o	−	o	2	8	20	−
. diététicienne	o	o	o	−	o	o	o	o	−	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	−	−	o	o	−	o	o	−	5	25	−
. ergothérapeute	o	−	−	o	o	o	o	−	o	o	−	o	−	−	−	−	−	−	o	o	o	o	o	−	−	o	o	o	o	o	−	12	18	−
. infirmière	+	o	o	o	−	+	o	o	o	+	o	o	o	o	o	o	o	+	o	+	+	+	+	−	−	±	o	−	−	o	8	5	16	1
. kinésithérapeute	+	−	−	o	−	−	−	−	−	+	−	o	−	o	+	−	−	+	o	o	+	+	−	−	−	−	+	o	−	o	7	16	7	−
. laborantine	o	o	o	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+	+	+	−	o	o	o	o	o	o	4	1	25	−
. médecin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	30	−	−	−
. ortoptiste	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	−	−	30	−
. orthophoniste	o	o	o	o	−	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	−	1	29	−
. pédicure	+	o	o	o	+	o	+	+	−	−	−	o	o	+	−	−	−	−	−	+	−	−	−	−	±	−	+	o	o	o	7	13	9	1
1.2. Equipements et accessoires																																		
. chaise roulante	+	+	o	o	+	o	+	+	o	+	o	o	o	o	o	o	o	+	o	o	o	+	+	+	+	±	+	o	−	o	12	1	16	1
. appareil de marche	o	+	o	o	o	+	o	o	o	o	o	o	−	o	o	o	−	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+	o	−	o	3	3	24	−
. autres aides					−			o														+						−		o	1	2	1	−
1.3. Etablissements																																		
. hôpitaux et cliniques	+	+	+	+	+	+	+	+	+	o	o	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	o	27	−	3	−
. réhabilitation	+	+	−	o	−	o	+	o	o	o	o	o	+	o	−	−	−	−	o	o	−	o	o	−	±	−	+	+	+	o	7	9	13	1
. convalescence	o	o	o	o	−	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+	o	o	o	o	o	o	o	o	−	+	o	o	−	o	2	3	25	−
. dépannage pendant les vacances de famille	−	−	o	+	+	+	o	o	o	o	o	−	−	+	o	o	o	−	−	−	o	−	−	−	−	+	+	o	o	−	6	12	12	−
Total																															116	91	275	4

Annexe 1.

Composition du groupe de travail.

1. Membres permanents.

N. BERTRAND, assistante d'hygiène sociale, Centre médico-social Ettelbruck

Ch. KOHN-MERGEN, assistante d'hygiène sociale, Centre de Santé Mentale, Luxembourg

Ch. MARTIN, assistante d'hygiène sociale, Centre de prévention médico-sociale, Luxembourg

L. RECHTFERTIG, assistante d'hygiène sociale, Centre médico-social, Esch-sur-Alzette

M. ROULLEAUX, assistante d'hygiène sociale, Direction de la Santé, Division de la Médecine Préventive et Sociale, Luxembourg

N. SPEICHER, assistante d'hygiène sociale, Centre d'hygiène sociale, Echternach

V. WAMPACH, assistante d'hygiène sociale, Centre médico-social, Esch-sur-Alzette

S. ZIMMER-MAROLDT, assistante sociale, Caritas, Aide-Familiale, Luxembourg

2. Membres temporaires.

M. FOURNELLE, assistante sociale

C. GREISCH, lic. en sciences médico-sociales, Ministère de la Famille, Luxembourg

C. NOESEN, assistante d'hygiène sociale de circonscription, Centre médico-social, Ettelbruck

F. RISCHETTE-KOHN, assistante d'hygiène sociale, Centre de prévention médico-sociale, Luxembourg

F. WELFRING-HOFFMANN, assistante d'hygiène sociale, Centre de prévention médico-sociale, Luxembourg

3. Besoins culturels.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	+	=	o	±
3.1. Loisirs																																		
. lecture	+	+	+	+	o	+	+	+	+	+	+	o	+	o	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	o	+	27	-	3	-
télévision	+	+	o	+	o	+	+	+	o	+	+	-	+	+	+	o	o	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	o	+	23	1	6	-
3.2. Occupations																																		
. bricolage	o	-	-	+	o	+	o	+	o	o	o	o	o	o	+	o	o	-	o	o	o	o	o	-	-	+	+	+	o	o	7	5	18	-
3.3. Contacts sociaux																																		
. clubs	+	-	±	-	-	-	+	-	o	+	-	o	-	o	o	o	o	-	o	+	-	-	o	-	-	=	+	-	o	o	5	14	10	1
. sports	-	-	o	o	o	o	+	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	+	o	-	-	o	o	2	6	22	-
3.4. Formation	o	o	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	-	o	o	-	o	o	-	5	25	-
3.5. Vacances	+	-	-	o	o	o	-	-	o	+	+	o	+	o	-	o	o	-	-	-	o	-	o	-	-	-	+	+	o	-	6	13	11	
Total																															70	44	95	
Total général																															502	264	474	26

Légende:

+ besoin satisfait

- besoin non satisfait, mais nécessité

o besoin non satisfait, pas de nécessité

2. Besoins sociaux.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	+	=	o	±
2.1. Besoins en personnes																																		
. famille	+	±	+	±	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	20	8	-	2
. assistante sociale	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	+	+	+	+	28	-	-	2
. aide-familiale	o	o	o	+	+	+	+	-	o	+	-	o	+	+	-	o	-	o	-	o	+	+	-	-	+	-	o	o	-	+	11	9	10	-
. personne bénévole	+	+	+	-	±	-	o	-	o	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	+	-	+	-	-	o	o	-	11	14	4	1
2.2. Besoins matériels et services																																		
1. logement adapté	+	+	o	+	-	+	+	-	-	+	+	-	±	-	-	-	o	-	-	-	+	o	-	-	±	±	+	+	-	o	10	13	4	3
téléphone	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	22	8	-	-
nettoyage	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	25	5	-	-
dépannage	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	26	4	-	-
blanchisserie	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	27	3	-	-
2. repas sur roues	o	o	o	-	-	+	o	o	o	+	-	-	-	+	o	+	-	-	-	-	+	-	+	-	o	o	o	-	o	+	6	13	11	-
foyer restaurant	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	-	-	-	o	-	o	o	o	o	o	o	-	6	24	
3. soins d'hygiène	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	±	+	23	6	-	1
soins des cheveux	+	+	+	+	±	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	+	±	±	+	-	+	19	8	-	3
4. transport	+	-	+	-	+	-	+	-	o	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	±	-	+	+	-	+	-	-	13	15	1	1
5. démarches administratives	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	+	+	27	1	-	2
6. travail	+	±	-	o	o	o	+	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	-	o	o	o	o	o	2	4	23	1
réadaptation	+	-	-	o	o	o	+	-	o	+	o	o	-	o	-	o	o	o	o	o	o	o	o	-	-	o	-	-	o	o	3	9	18	-
7. revenus	+	+	+	+	±	±	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	26	1	-	3
autres avantages sociaux	+	+	-	+	+	+	+	+	o	o	+	+	+	o	+	o	o	+	o	o	+	o	o	+	±	±	+	+	+	+	17	2	9	2
Total																															316	129	104	21

REPONSE DES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES AU QUESTIONNAIRE

1. Quelle est votre opinion sur le maintien à domicile ?

Votre expérience du maintien à domicile.

Opinion.

Le maintien à domicile est une nécessité

Il favorise le contact avec le milieu familial

Il a une action éducative sur le milieu

Expérience.

Il existe une expérience longue à résultats positifs

1.1. Problèmes et besoins rencontrés

- Les structures hospitalières sont-elles adaptées aux mal. âgés ou chroniques ?
- Structures du M. à domicile sont-elles favorables aux mal. âgés ou chroniques ?
- La disponibilité de l'entourage est-elle toujours assurée ?
- Les facteurs psychiques inhérents aux personnes constituent-ils un problème ?

Il faut distinguer 2 formes de soins :

a) soins de longue durée : mal. chroniques
âgés
incurables

b) soins de courte durée : mal. sortants de clinique
mal. pouvant être traités à domicile
mourants

1.2. Solutions éventuelles qui existent et appréciation de ces solutions

Il existe des services de maintien à domicile

Ces services donnent-ils satisfactions ?

Annexe 4

A	B	C	D	+	-	o
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
o	o	+	±	1	1	2
-	+	+	±	3	1	-
-	o	o	o	-	1	3
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
o	o	o	+	1	-	3
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
o	+	+	+	3	-	1
+	+	+	+	4	-	-
-	+	-	±	1	3	-
				49	6.	9

Report

Annexe 3.

QUESTIONNAIRE

1. QUELLE EST VOTRE OPINION SUR LE MAINTIEN A DOMICILE?

2. QUELLE EST VOTRE EXPERIENCE DU MAINTIEN A DOMICILE?

   1. problèmes et besoins rencontrés
   2. solutions éventuelles qui existent et appréciations de celles-ci
   3. solution maintien à domicile par rapport à la solution placement en institution,
   4. nécessité d'établir une structure de maintien à domicile,
   5. obstacles du maintien à domicile,
   6. limites du maintien à domicile,
   7. rôle de votre profession/de votre association.

3. QU'ATTENDEZ-VOUS D'UNE STRUCTURE DE MAINTIEN A DOMICILE?

   services
   personnel

4. COMMENT VERRIEZ-VOUS L'ORGANISATION D'UNE TELLE STRUCTURE?

   1. organisateur:
      intégration dans des structures existantes
      structures propres et coordination avec d'autres services

   2. personnel:
      qualification professionnelle
      nombre de consommateurs par nombre de professionnels

   3. mode de paiement:
      à l'acte (pratique libérale)
      salarié

   4. bénévoles:
      rôle.....

   5. aspect économique:
      cette solution est-elle plus économique que le placement en institution ?

Report

- Famille réticente où incapable d'assumer la responsabilité
- Facteurs inhérents à la personne

1.6. Limites du maintien à domicile.

Nécessité de la présence d'une tierce personne

Handicap trop important

Fonds nécessaires dont l'importance dépend des 3 formes de soins dispensés

- pas de soins spécifiques
- soins spécifiques
- hospitalisation à domicile
- maladies aigues

1.7. Rôle de votre profession, de votre association.

réponse corporative

réponse au niveau professionnel

Total:

A	B	C	D	+	-	o
				96	19	25
+	+	+	+	4	-	-
o	o	o	+	1	-	3
+	+	+	+	4	-	-
o	o	o	+	1	-	3
+	o	o	o	1	-	3
+	o	o	o	1	-	3
+	o	o	o	1	-	3
+	+	o	+	3	-	1
+	-	-	+	2	2	-
+	+	+	+	4	-	-
				118	21	41

Report

Si non, pourquoi : existe-t-il une collaboration

une coordination

une couverture complète des besoins

des problèmes financiers

une réponse immédiate et adéquate

un contrôle de la qualité des soins

1.3. Solution du maintien à domicile par rapport à la solution du placement en institution :

- s'il y a des avantages psychologiques
- il correspond souvent au désir du malade
- il présente des avantages matériels à long terme
- il permet une action préventive de la maladie
- il exige une prise en charge par l'entourage
- il impose un appui moral et éducatif de la famille
- il peut-être une charge trop importante pour la famille

1.4. Nécessité d'établir une structure de maintien à domicile :

nécessité absolue

1.5. Obstacles au maintien à domicile

- le financement
- le logement inadapté
- le manque de confort
- le manque d'appareillage spécialisé
- les services sont trop éloignés : rayon d'action insuffisant

A	B	C	D	+	-	o
				49	6	9
-	o	±	+	1	2	1
-	-	-	-	-	4	-
-	-	-	-	-	4	-
+	o	+	o	2	-	2
-	o	o	-	-	2	2
±	o	o	-	1	1	2
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	o	o	+	2	-	2
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	o	+	o	2	-	2
o	+	+	+	3	-	1
o	+	+	+	3	-	1
o	o	o	+	1	-	3
+	+	+	+	4	-	-

Report

Nécessité d'une coordination

Nécessité d'étoffer les services en personnel

3.2. Personnel.
selon les qualifications professionnelles : médecin

inf. hosp. grad.

infirmiers

aide soignante

aide familiale

aide senior

pédicure

kinésithérapeute

ergothérapeute

diététicienne

ass. (d'hyg.) soc.

3.3. Nombre de consommateurs par nombre de professionnels
des données existent

nombre fixe pour une population déterminée (1/6ooo)
pour le personnel infirmier

* Ces spécialistes auraient une action temporaire et d'initiation dont le follow-up serait poursuivi soit par le personnel infirmier, soit par le milieu familial.

A	B	C	D	+	-	o
				13	4	3
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	o	o	o	1	-	3
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	o	3	-	1
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	o	3	-	1
+	+	+	o	3	-	1
± *	o	+	+	2	1	1
± *	o	+	+	2	1	1
± *	o	o	o	1	1	3
+	o	+	+	3	-	1
-	-	o	o	-	2	2
-	+	o	o	1	1	2
				52	1o	19

2. Qu'attendez-vous d'une structure de maintien à domicile ?

2.1. Il doit s'agir d'un service multi-disciplinaire.

2.2. Personnel : - personnel fixe
- personnel sur prestation

2.3. Organisation permettant - la semaine de 4o heures
- un service régulier et continue y compris les week-ends, les jours fériés etc.
- un horaire souple

2.4. Les prestations offertes sont :
- non spécifiques (p.ex. hygiène corporelle)
- spécifiques (pansements)
- action éducative

2.5. Création de services permettant des interventions sporadiques :
centres de vacances, foyers de jour

Total:

3. Comment verrez-vous l'organisation d'une telle structure ?

3.1. Organisateurs. La conception de l'organisation diffère pour les organismes
Différents services privés (asbl)

Service semi-public ou public

Intégration dans les services existants

Nécessité de collaborer avec les services existants

Nécessité de collaborer avec d'autres professionnels

A	B	C	D	+	-	o
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	o	+	+	3	-	1
o	+	o	o	1	-	3
+	+	+	+	4	-	-
+	+	o	+	3	-	1
+	+	+	+	4	-	-
+	+	+	+	4	-	-
+	o	+	+	3	-	1
o	o	o	+	1	-	3
				31	-	9
-	+	o	o	1	1	2
+	-	o	+	2	1	1
+	-	+	+	3	1	-
+	-	+	+	3	1	-
+	+	+	+	4	-	-

	A	B	C	D	+	-	o
Report					52	1o	19
3.4. Mode de paiement.							
- tarification des prestations du maintien à domicile	+	+	o	+	3	-	1
- personnel payé comme : salarié	+	+	+	+	4	-	-
à l'acte	+	-	+	+	3	1	-
- les actes para-médicaux et d'hygiène corporelles doivent être à charge de la Sécurité Sociale	+	+	o	+	3	-	1
- les consommateurs doivent participer aux frais	+	-	+	+	3	1	-
Total:					68	12	21
4. Bénévolat.							
indispensable	+	+	+	±	3	1	-
encadrement professionnel indispensable	+	o	o	+	2	-	2
Total:					5	1	2
5. Aspect économique.							
Solution plus économique à long terme	+	+	+	+	4	-	-
Total:					4	-	-

6. Remarques.

6.1. Nous n'avons pas pris en considération dans le tableau le volet du maintien à domicile des enfants ou les remarques concernant les parents

6.2. Le terme de malade englobe aussi bien les personnes atteintes d'une maladie physique que psychique.

FRAGEBOGEN

Bitte kopieren oder ausschneiden und an die ANCE, boîte postale 255 in 4oo3, Esch-sur-Alzette zurückschicken! Danke!

Wir möchten von Ihnen erfahren, ob wir uns weiterhin um eine gemeinsame Publikation möglichst vieler Berufsgruppen und sonstigen Organisationen des Sozialbereichs bemühen sollen. Da in einem solchen Projekt viel Arbeit und Geld steckt wären wir froh wenn Sie uns auf die untenstehenden Fragen antworteten!

Wie beurteilen Sie die erste Ausgabe dieses bulletins?

	++	+	o	-	--
Aufmachung	___	___	___	___	___
Inhalt	___	___	___	___	___
Ausgewogenheit	___	___	___	___	___

Was fehlt Ihrer Meinung nach in der Zeitschrift?

.....

.....

Würden Sie uns empfehlen, weitere Nummer zu planen?

ja: ___ nein: ___

Haben Sie eine Idee für einen Titel dieser neuen Publikation?

.....

Raum für weitere Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

«Guide Pratique» des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques

En 1979, l'Association Nationale des Communautés Educatives ensemble avec l'Association des Assistantes Sociales a édité pour la première fois un «Guide pratique des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques». Ce guide fut vendu a plus de 2.500 exemplaires et a encouragé les éditeurs, en collaboration cette fois avec le Centre d'Information et de Placement, de le rééditer. En effet le vieux guide s'apprêtait mal à une mise à jour et c'est ainsi qu'une conception entièrement différente s'imposait. Dans le nouveau guide chaque service, association ou institution, est présenté sur une fiche *individuelle* qui peut aisément être remplacée ou corrigée par l'utilisateur. De même il sera facile de mettre à jour le guide en réimprimant seulement les fiches dont les données ne correspondent plus à la réalité et en ajoutant les fiches des nouvelles créations. Les éditeurs ont envoyé des questionnaires a plus de 400 services, institutions ou associations. Après le travail de rédaction, 300 fiches environ ont été retenues et forment ainsi la base du nouveau guide. Bien sûr, dès à présent tout organisme qui offre des prestations, dans le domaine social et psycho-pédagogique et qui désire figurer dans le guide peut envoyer une fiche remplie aux éditeurs qui sera alors prise en considération lors de la prochaine mise à jour. Le guide comprend les rubriques suivantes (entre autres): Placements, éducation, 3e âge, travail loisirs et sports, médecine préventive, famille, santé, services sociaux, santé mentale, justice . . .

Il s'adresse surtout aux professionnels du secteur médico-social et psycho-pédagogique, aux enseignants, aux médecins, aux fonctionnaires et employés de l'Etat et des Communes, aux avocats, etc.

Commande

Je soussigné _____

adresse: _____

profession: _____

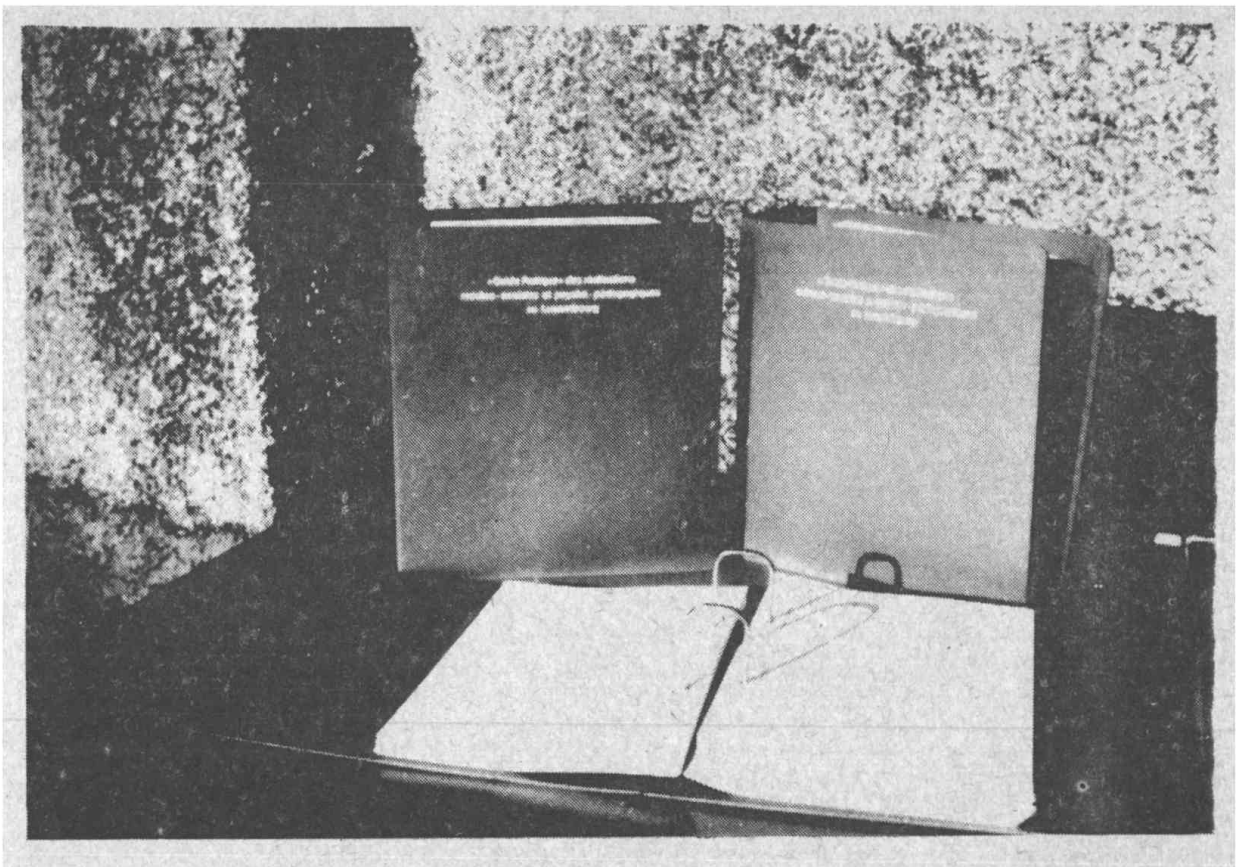
commande _____ exemplaires du Guide Pratique des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques.

J'ai viré _____ × 800 francs au CCP 2977-67 de l'A.N.C.E.

Veuillez m'envoyer une facture en _____ exemplaires. (Biffer ce qui ne convient pas)

Date _____ Signature _____

ASSOCIATION NATIONALE
DES
COMMUNAUTÉS ÉDUCATIVES
compte chèque postal: 2977-67
L-4003 B. p. 255 Esch/Alzette



PRESENTATION:

Fiches; Format DIN A 5
600 pages

Couverture: Accohide 1,7 mm rouge clair

Mécanique à 2 arceaux avec presse-papier

Intercalaires en plastique pour 10 chapitres

Imprimé par Editpress S.a.r.l.

Adressez vos commandes à:

ASSOCIATION NATIONALE
DES
COMMUNAUTÉS ÉDUCATIVES
compte chèque postal: 2977-67
L-4003 B.p. 255 Esch/Alzette

FICE

Fédération Internationale des Communautés Educatives
Internationale Gesellschaft für Heimerziehung
International Federation of Educative Communities

Fondée en 1948 sous les auspices de l'UNESCO

AKTUELLE PROBLEME JUGENDLICHER IN DER HEIMERZIEHUNG IN EUROPA

Texte zum internationalen Kongreß

vom 6.- 9. Juni 1985 in Luxemburg

bearbeitet und herausgegeben von

Robert SOISSON

SOEBEN ERSCHIENEN!

Aus dem Inhalt:

Das Heimwesen in Luxemburg
Heimerziehung und Politik
Leistungsinhalte von Heimerziehung
Konflikte in der Gruppe
Heim und Schule
Familientherapie im Heim
Schulsozialarbeit im Heim
Das Heimwesen in Polen
Nachbetreuung
Verselbständigung
Nichtseßhaftigkeit
Projekt-Familien
Ausreißer
Mädchenarbeit im Heim
Berufswahl
Heimeinweisungspraktiken
Schwierige Jugendliche
Der Heim-

ANCE-Luxemburg
Robert SOISSON
B.P. 255
L - 4003 Esch/Alzette
Postscheckkonto
2977 - 67

Der Preis des Buches beträgt in

Luxemburg: 480 Lfr (incl. Versandkosten)
450 Lfr (ohne Versandkosten)

Aktuelles Buch von Schulpsychologe Robert Soisson † 2.10.86

Problematik der Heimerziehung in Europa

Esch - „Aktuelle Probleme Jugendlicher in der Heimerziehung in Europa." So lautet der Titel eines überaus interessanten Buches, das der Escher Schulpsychologe Robert Soisson bearbeitet und mit Hilfe der FICE (Fédération Internationale des Communautés Educatives" herausgegeben hat.

In diesem Buch sind alle Beiträge von den Rednern, die sich anläßlich des Kongresses der ANCE (Association Nationale des Communautés Educatives) und der ADCA (Association des Directeurs des Centres d'Accueil) im Juni vergangenen Jahres auf Kirchberg eingefunden hatten, integral veröffentlicht worden.

Auf rund 300 Seiten findet der interessierte Leser jede Menge von Informationen zum Thema „Heimerziehung".

Die allgemeinen Probleme in den Heimen werden angeschnitten, ebenso die spezifischen Probleme der Jugendlichen in den Heimen.

Der Preis des Buches, das man bei der ANCE, boite postale 255 in 4003 Esch-sur-Alzette bestellen kann, beläuft sich auf 480 Franken (Versand inbegriffen).

Neuerscheinung

„Aktuelle Probleme Jugendlicher in der Heimerziehung in Europa"

Kürzlich hat die Internationale Gesellschaft für Heimerziehung ein Buch zum Thema „Aktuelle Probleme Jugendlicher in der Heimerziehung in Europa" herausgegeben. Das Buch enthält in integraler Fassung alle Interventionen und Beiträge des internationalen Kongresses der „Association Nationale des Communautés Educatives (ANCE)" und der „Association des Directeurs des Centres d'Accueil" (ADCA), der im Juni 1985 im Konferenzzentrum auf Kirchberg stattfand. Die Berichte befassen sich u. a. mit allgemeinen Problemen der Heimerziehung sowie speziellen Problemen Jugendlicher in den Heimen. Das Buch, das von Robert Soisson bearbeitet wurde, kann man bei der Nationalen Vereinigung für Heimerziehung, Postfach 255, 4003 Esch/Alzette zum Preis von 480 Franken (Versandkosten einbegriffen) bestellen.

l.t.

L.W. 10.9.1986