

Il faut d'ailleurs noter que cette définition est proche de celle de la réadaptation proposée par l'OMS, qui la définit comme « l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures et d'améliorer sa condition physique et mentale, lui permettant d'occuper par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la société ». On remarquera néanmoins que l'une parle des capacités antérieures d'un malade, et l'autre des capacités persistantes d'un sujet, et qu'il y est question également du moins d'interventions professionnelles possible. L'une se situe donc encore dans le registre médical, l'autre davantage dans l'exercice des conditions de la vie sociale et se rapproche davantage de l'esprit de la CIE.

Et pourtant, en France, la réhabilitation psychosociale est prioritairement encore dans les mains des psychiatres, qui tiennent à garder l'exclusivité du « champ psychique ». Cela va même plus loin, car certains psychiatres ont tendance à confondre les outils de la réhabilitation psychosociale avec les soins, en préconisant d'emblée approche psycho-rééducative, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales dans une visée adaptative parfois exclusive. Cela peut même aller jusqu'à récuser toute démarche psychopathologique et à faire des altérations cognitives et du traitement de l'information le noyau essentiel de la schizophrénie. Ces déficits précéderaient les manifestations cliniques classiques, négligées par ces praticiens qui dénie qu'elles puissent avoir un sens ontologique, transformant ainsi la psychiatrie en rééducation sous autorité médicale, au grand dam des cliniciens d'obédience psychodynamique qui valorisent la dimension des soins relationnels comme un préalable à l'inscription sociale et considèrent que les références cognitivo-comportementales ignorent la dimension du sujet.

On peut ainsi considérer de manière schématique que les partisans des soins de réadaptation importent un modèle médical dans le champ de la réadaptation et que les plus férus des théories cognitivistes importent un modèle de réadaptation dans les soins. Si cette opposition nous renvoie à la dialectique processus pathologique/handicap, il faut rappeler qu'à la différence de nombreuses maladies où l'on peut distinguer un temps de la maladie et un temps du handicap (qui correspond le plus souvent aux séquelles de la maladie), le patient psychotique est simultanément malade et en situation de handicap, d'où l'intérêt d'inscrire d'emblée la question de l'insertion sociale pour les patients psychotiques. Mais si le processus de réhabilitation¹ peut commencer dès le stade des soins, et parallèlement à ces

derniers, conduisant ainsi non plus à une succession d'espace-temps comme avec les soins de réadaptation, mais à une conjonction de problématiques parallèles et simultanées, il est important de préciser que les procédures standardisées de réhabilitation ne peuvent se substituer aux soins.

Ce travail de réhabilitation commence par une évaluation ressemblant à un bilan diagnostique qui n'a cependant rien à voir avec le mode de pensée habituelle du clinicien : les outils utilisés ne sont plus du registre du savoir psychiatrique et cette évaluation ne relève donc pas du registre du soin, mais des moyens que l'on peut se donner pour limiter les conséquences des troubles dans le registre social et favoriser l'insertion de la personne. Ces démarches ont fait prendre conscience aux psychiatres qu'il y avait d'autres professionnels susceptibles de posséder des techniques qu'ils ne possédaient pas nécessairement et avec lesquels il était fondamental d'instaurer de nouvelles collaborations.

Ainsi, on peut considérer que le modèle de la réadaptation, lié à un modèle médical plus ou moins impérialiste, est aujourd'hui obsolète ; le modèle de la réhabilitation psychosociale est en revanche plus congruent à l'objectif de limitation des conséquences des troubles psychiatriques dans le registre social et contribue à la construction du projet de vie évoqué dans la loi du 11 février 2005.

Ainsi, ce que nous avons tendance à traiter comme un problème de réadaptation sous influence du soin est devenu un projet de vie de la personne reconnue dans sa citoyenneté. Ce ne sont plus les seuls soignants qui peuvent être maître d'œuvre de celui-ci. Comme l'écrit Jean-Paul Arveiller, « le projet de vie englobe maintenant le projet de soin et non plus l'inverse, n'en déplaie à certains soignants nostalgiques »¹.

Bernard Durand, psychiatre,
Président de la FASM - Croix Marines
(Fédération d'Aide à la Santé Mentale)

1. Arveiller J-P., Bonnet C., *L'insertion du malade mental*, Éditions Érès, Toulouse, 1994.

4. Arveiller J-P., *Traitement, soin, réadaptation, réhabilitation : qui fait quoi ? In Les handicaps psychiques*, Presses de l'EHESP, sous la direction de Zribi G. et Beulné T., Rennes, 2009.

II. Interview croisée Réh@b/

Agapsy.

Nous remercions Madame Marie-Claude Barroche, présidente de la fédération AGAPSY, et le Docteur Élisabeth Giraud Baro, présidente de Réh@b, Comité français pour la réhabilitation psychosociale, d'avoir bien voulu répondre aux questions de Pluriels.

Comment définissez-vous les concepts de réhabilitation psycho-sociale et de rétablissement ? Qu'est-ce qu'ils ne sont pas ?

Réh@b. La réhabilitation psychosociale peut être définie comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques par un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. Ainsi, la réhabilitation est définie tant par son déroulement : « somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet », que par son but : « améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles ».

La réhabilitation psychosociale est également un mouvement politique qui a fait suite à la désinstitutionnalisation, et a associé les usagers de la psychiatrie se retrouvant dans la communauté, leurs proches et des professionnels en recherche, ensemble, de solutions pragmatiques aux problèmes posés par la situation de « handicap psychique » dans la société.

On peut donc dire que les actions de réhabilitation relèvent de deux dimensions complémentaires :

- la première dimension consiste à assurer un accès à des soins et services modernes et de qualité aux patients les plus en difficulté dont il faut, après évaluation individualisée, s'attacher à optimiser les ressources psychiques personnelles et entraîner les habiletés cognitives et sociales. C'est le versant le plus sanitaire de la réhabilitation psychosociale. Cette dimension sanitaire va, le cas échéant, s'articuler et se prolonger dans l'accompagnement et l'organisation de services dans le secteur médicosocial et social. Il faudra en effet parfois contribuer à leur assurer une insertion sociale et professionnelle, éventuellement protégée, et veiller à ce que se mettent en place les dispositifs et aides à la vie quotidienne, à la gestion d'un logement ou des ressources financières ;
- la seconde dimension consiste à œuvrer de manière collective à une diminution de la stigmatisation du malade mental, à

développer les ressources communautaires, et les dispositifs de soins accessibles.

La réhabilitation, c'est donc, conjointement, un ensemble d'actions de soins au sens large à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse et plus apte à l'accueillir.

Mais, et peut-être avant tout, la réhabilitation psychosociale est un processus personnel qui va amener la personne souffrant de troubles psychiques à gérer sa maladie et/ou les conséquences de cette dernière, à faire face à ses limitations, à s'appuyer sur ses forces pour retrouver un équilibre dans sa vie quotidienne et dans son environnement social.

Des auteurs ont pu dire que la réhabilitation, c'est l'association de techniques et de rêves et que les unes ne seraient rien sans les autres.

Cette part de rêve trouve sa réalisation dans le concept de rétablissement (« recovery ») qui, depuis les années 2000, a fondamentalement bouleversé le mouvement de la réhabilitation psychosociale. Se rétablir est défini comme avoir retrouvé ou trouvé un sens à sa vie, un sentiment de bien-être, une place dans la société selon son choix, après avoir souffert ou en dépit de troubles psychiques. Ce concept de rétablissement va de pair avec celui de réappropriation ou reprise du pouvoir d'agir qui traduit « l'empowerment » et qui signifie la reprise de rôles sociaux.

Ce concept est bien documenté et des études (Harding, Tsuang...) montrent que plus de 50 % des personnes accèdent à ce rétablissement avec ou sans l'aide de professionnels. C'est une dimension d'espoir qui vient contredire les préjugés stigmatisants.

Les récits des personnes rétablies décrivent un processus dynamique, lent, non linéaire, pas toujours superposable aux aléas symptomatiques, fortement corrélé au sentiment d'estime de soi, d'efficacité personnelle, aux rencontres interpersonnelles positives et aussi parfois aux expériences spirituelles.

Le rétablissement a redirigé les cibles des interventions de la réhabilitation sur les choix de la personne et non pas ceux des intervenants, l'organisation des services vers une politique individuelle et participative.

Le mouvement de réhabilitation a complètement intégré le rétablissement qu'il a en quelque sorte contribué à promouvoir.

Agapsy. Pour les professionnels de l'accompagnement social et professionnel des personnes en situation de handicap psychique que représente la fédération Agapsy, c'est moins au niveau des définitions, nombreuses et relativement conver-