



Bernard Durand

Président de la FASM
Croix-Marine
Paris (75)

Si la pratique de secteur et les apports de la psychothérapie institutionnelle ont contribué à transformer les modalités de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, nous sommes encore loin du compte pour tout ce qui relève de la composante « handicap » de leur quotidien. Je pense plus précisément à tout ce qui « fait obstacle à la participation », pour reprendre les termes de la classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap (CIF) de l'OMS, les conditions de logement, le rapport au travail (que l'on aborde celui-ci sous l'angle de l'aménagement, de la réinsertion, voire du renoncement), sans oublier toutes les activités, domestiques et autres, qui contribuent à construire le statut de citoyen de tout un chacun, composante indispensable du lien social dans une société démocratique moderne.

Une des raisons de ce retard tient au clivage opéré par les lois de 1975 entre les soins et le social, mais aussi à une culture de la psychiatrie française qui, pour faire face à l'exclusion du malade mental et confrontée à ce que Gladys Swain appelait la double tentation de la psychiatrie, la tentation médicale et la tentation sociale, a résolu le problème en s'appropriant le social et en ignorant bien souvent les autres acteurs « profanes » de la cité.

Je me souviens d'une époque où l'on glosait, comme on sait si bien le faire dans notre discipline, sur les définitions et les mérites respectifs des soins de réadaptation, de la réadaptation et de la réhabilitation psychosociale.

Si la réadaptation, basée sur un modèle médical plus ou moins impérialiste, reste du domaine du soin, il ne faudrait pas que la réhabilitation psychosociale se cantonne au champ social. Ce concept, issu du monde anglo-saxon, a fait prendre conscience aux psychiatres de l'existence d'autres outils, qu'ils ne possédaient pas, susceptibles de conduire les patients vers une plus grande autonomie. Ainsi, ce sont les usagers eux-mêmes qui parlent des « aidants », professionnels non soignants, familles voire patients eux-mêmes dont certains ont su dépasser des moments difficiles. Ces derniers ont acquis en la matière un autre savoir que celui des soignants, devenant alors des pairs aidants.

Marianne Farkas, chercheur et directrice du centre de réhabilitation psychosociale de l'OMS au sein du centre de réhabilitation psychosociale de Boston, explique que : « la réhabilitation psychosociale est constituée par la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles ».

Dans le mot anglais réhabilitation, il est question d'« ability », capacité/compétence, mais nous avons surtout retenu en France « disability » que nous avons traduit par incapacité. L'incapacité, c'est la conception du handicap de 1975...

Prendre en compte le handicap en 2008, c'est contribuer à développer les capacités/compétences de la personne. Cela commence dès le stade des soins, doit se poursuivre par une articulation indispensable entre soignants et acteurs sociaux, et par la prise de conscience qu'aujourd'hui, ce n'est plus à l'hôpital d'assurer le pilotage de la réhabilitation.