

Psychosoziale Rehabilitation in Frankreich - Konzepte und Umsetzung, aktuelle Situation und Perspektiven

Dr. Elisabeth GIRAUD BARO, Vorsitzende der französischen Vereinigung für psychosoziale Rehabilitation CFRP, Zentrum für Psychiatrie St. Egrève, Grenoble

I. Die psychosoziale Rehabilitation - Konzepte

Bis vor etwa 10 Jahren war das Konzept der psychosozialen Rehabilitation in Frankreich nahezu unbekannt, obwohl Rehabilitation als ein wichtiger Bereich im Ausland seit mehreren Jahrzehnten anerkannt war und entwickelt wurde.

a) Definitionen

„Psychosoziale Rehabilitation“ umfasst zunächst einmal die Gesamtheit der Maßnahmen, welche Menschen mit psychischen Störungen angeboten werden - im Rahmen eines Prozesses, der auf ihre Autonomie und ihre Unabhängigkeit in der Gesellschaft zielt.

Mehrere Autoren haben genauere Definitionen vorgeschlagen, um einzugrenzen, was psychosoziale Rehabilitation ist oder nicht ist:

- FARKAS versteht z.B. „Rehabilitation“ als die Gesamtheit der Hilfen, „welche Personen unterstützen sollen, die an schweren psychischen Erkrankungen leiden. Diese kann auch bestimmte Maßnahmen umfassen, z.B. im Bereich der Arbeit als berufliche Rehabilitation. Sie definiert Rehabilitation zum einen über den Ablauf, „als Summe der Aktionen, die entwickelt werden müssen, um die vorhandenen Fähigkeiten eines Menschen zu verbessern“, zum anderen über das Ziel: Rehabilitation soll...“die Funktionen einer Person verbessern, damit sie in einem Milieu ihrer Wahl und mit einem Minimum an professioneller Unterstützung Erfolge und Befriedigung erfahren kann“ (1).
- LIBERMAN geht von dem mehrdimensionalen Konzept von WOOD und der Vulnerabilitäts-Theorie aus. Auf diesen basieren seine Überlegungen zum Rehabilitations-Verlauf und zu verschiedenen pädagogischen Methoden, die bei Menschen in Frage kommen, die unter „psychiatrischen Beeinträchtigungen“ leiden, insbesondere für das Training „sozialer Kompetenzen“ (2)
- BELLACK begründet den psychosozialen Ansatz mit den geringen Erfolgen der Pharmakotherapie bei der Langzeitbehandlung von schizophrenen Patienten. Er ordnet die rehabilitativen Möglichkeiten zwei Strategien zu (3): dem Training sozialer Kompetenzen und der kognitiven Remediation.

Insgesamt nähert man sich dem Begriff Rehabilitation leichter an, wenn man die verschiedenen Aktivitäten und die Grundsätze beschreibt, welche in der Praxis anerkannt sind. So veröffentlichte die WHO zusammen mit der Internationalen Vereinigung für psychosoziale Rehabilitation (AMRP) 1996 einen Text (4), der die anerkannten Ziele, Grundsätze und Handlungsbereiche der psychosozialen Rehabilitation zusammenstellt:

- O Verringerung der Symptome der psychischen Erkrankung und der eventuellen Nebenwirkungen der Medikamente
- O Entwicklung sozialer Kompetenzen
- O Öffentlichkeitsarbeit und Kampf gegen die Diskriminierung, denen Menschen mit psychischen Störungen ausgesetzt sind
- O Bereitstellung der Hilfen im Lebensumfeld des Betroffenen
- O Begleitung der Angehörigen und der Bezugspersonen

TESSIER und CLÉMENT (5) halten es für illusorisch, nach einer gemeinsamen und genauen Definition der psychosozialen Rehabilitation zu suchen. Sie halten allerdings einige Grundsätze für wichtig, an welchen sich die Fachleute orientieren sollen, die Menschen mit schweren psychischen Störungen begleiten.

b) Die zweifache Dimension der Rehabilitation

Die psychosoziale Rehabilitation in Frankreich ist eine diskussions- und praxisorientierte Bewegung, sie sieht sich am Schnittpunkt verschiedener sozialwissenschaftlicher Theorien zur Erklärung von „psychischer Krankheit“, und sie fordert verschiedene Arbeitsfelder in der Psychiatrie zum Dialog und zur Kooperation heraus: die Medizin – die Sozialarbeit – den psychosozialen Bereich.

Das Selbstverständnis lautet: In der individuellen und einzigartigen Lebenssituation eines Betroffenen bietet die psychosoziale Rehabilitation eine Möglichkeit, das „Lebensprojekt“ dieses Menschen zu verstehen und in seinen verschiedenen Aspekten zu analysieren.

Die Rehabilitation versteht sich zum einen als neuer Hilfebereich in der Psychiatrie. Zum anderen versteht sie sich als die Kraft, die gemeinsam mit den anderen Akteuren „personenzentrierte Hilfen“ und einen neuen Raum der Abstimmungen – fallbezogen und strukturell – zwischen den medizinischen, psychosozialen und sozialen Arbeitsfeldern schafft.

c) Lehren des Auslands

Verschiedene Länder, vor allem Nordamerika, Italien und England, weisen sehr fortschrittliche gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme auf. Die psychosoziale Rehabilitation in Frankreich bezieht sich auf diese Vorbilder.

Diese gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodelle unterscheiden sich zwar in manchen sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen, aber sie weisen alle die folgenden Merkmale auf:

- Versorgungsgebiet und Zielgruppen sind klar definiert
- Erhebung des individuellen Bedarfs, personenzentrierte Hilfen
- Die Hilfen gehen von den „schwierigen Fällen“ und den am stärksten behinderten Menschen aus
- Die Versorgung ist für arme Bürger zugänglich
- Zwangsbehandlungen und Langzeitunterbringungen werden soweit wie möglich vermieden
- Die Psychiatrie ist Teil des Gesundheitssystems
- Soziale und berufliche Rehabilitation findet im normalen Lebensumfeld statt

- Die Fachleute sind für die Qualität der Hilfe verantwortlich
- Nutzer und Fachleute sind an der Organisation und Evaluation der Hilfen beteiligt
- Ein psychiatrisches Versorgungssystem umfasst die folgenden Funktionen: Behandlung der Patienten, ambulante und stationäre Krisenintervention, beschütztes Wohnen, ambulante Unterstützung beim selbständigen Wohnen, finanzielle Hilfen, Unterstützung der Familie, Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung, bei sozialen Kontakten, in der Freizeit und im Alltag; Unterstützung bei der Entwicklung von sozialen Fähigkeiten, Ermutigung, sozialanwaltliche Unterstützung beim Geltendmachen der Rechte.

Dazu kommt der Kurswechsel hin zu personenzentrierten Hilfen:

Die fachlichen Hilfen sollen sich nach den Zielen der Betroffenen richten (6). Der Fachmann ist nicht mehr der Experte, der die therapeutischen Ziele bestimmt, sondern er stellt seine Ressourcen und Kenntnisse dem Betroffenen zur Verfügung und verfolgt mit ihm zusammen die Ziele, die dieser aufgestellt hat. Er entscheidet über seinen Behandlungsplan (Silverstein 2000).

Auf diese Weise wird die Rehabilitation heute zu einem personenzentrierten Konzept. Daraus leiten sich verschiedene Ansätze ab:

- *Der Empowerment-Ansatz*
verlangt, dass der / die Professionelle Unterstützung und Begleitung anbietet und ihn dazu befähigt, über sein Leben zu bestimmen, auch in seinem eigenen Genesungs- bzw. Recovery-Prozess.
- *Der Recovery-Ansatz*
Nach PROVENCHER (7) geht es im Prozess der Recovery um Erfahrungen in vier Bereichen:
 - o die Betroffenen definieren sich neu und streben Veränderungen in ihrem Leben an, nach einer Phase der Trauer, in der sie sich der psychotischen Störung bewusst geworden sind
 - o sie werden in individuellen, sozialen und institutionellen Bezügen wieder aktiv, entwickeln Ziele und Kompetenzen, um ihr Leben wieder in die Hand zu nehmen
 - o dieser Prozess vollzieht sich auch auf der Ebene der Beziehungen, d.h. in der Familie und in sozialen Kontakten
 - o auf der zeitlichen Dimension zeigt dieser Prozess mit seinen teilweise unsicheren Phasen, dass Hoffnung und eine positive Sicht auf das eigene Leben wichtig sind.

Die fachliche Unterstützung soll den Betroffenen helfen, ihre Kräfte und Ressourcen zu entdecken und eigene Coping-Strategien zu wählen. Die erforderlichen Hilfen reichen von der medizinischen Akutbehandlung zu Beginn und in Krisensituationen bis zur intensiven, persönlichen Begleitung in späteren Phasen der sozialen und gemeinschaftlichen Wiedereingliederung.

Analysiert man die Entwicklung der Rehabilitation in Frankreich bis heute, wird deutlich, dass sie eine sozialpsychiatrische Initiative geworden ist, die sich gegen eine zu starke medizinische Orientierung und Organisation der Psychiatrie wendet. Diese politische Ausrichtung der Initiative war vor allem möglich, weil sie von den Verbänden der Angehörigen und der Nutzer unterstützt wurde, die sich zunehmend

besser organisierten und ihre Bedürfnisse stärker anmeldeten. Dazu kamen die sich verschlechternden ökonomischen Bedingungen – in vielen Beispielen war die geforderte „Kostendämpfung“ der wichtigste Faktor bei der Umschichtung von Ressourcen hin zu neuen Angeboten. Denn sie konnten ihre Überlegenheit gegenüber bisherigen Angeboten, d.h. größere Erfolge und Wirksamkeit bei der Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und der Lebensqualität der Betroffenen, besser nachweisen.

Dazu kommen die Erfolge der neuro-kognitiven Forschung, die eine neue Sicht auf die kognitiven Funktionsstörungen schizophrener Menschen eröffnen (8). Die aus der Krankheit rührenden kognitiven Veränderungen – im Bereich von Aufmerksamkeit, Konzentration, exekutiven Funktionen, Denken – können heute genauer analysiert werden. Sie werden heute als zentrale prognostische Hinweise für das soziale Funktionieren betrachtet. Daraus lassen sich neue Erkenntnisse für die erforderliche Unterstützung und die psychiatrische Behandlung ableiten. So verglich eine Londoner Studie die kognitiven Defizite und die Abhängigkeit von Hilfen bei einer größeren Zahl von Patienten und zeigte auf, dass es einen Zusammenhang zwischen dem individuellen Unterstützungsbedarf und dem individuellen Ausmaß der kognitiven Defizite gab (9).

Ziel der kognitiven Remediation, einer neuen Methode in der psychosozialen Rehabilitation, ist es also, an diesen kognitiven oder geistigen Beeinträchtigungen anzusetzen und sie zu beeinflussen. Diese fachliche Entwicklung führt teilweise wieder zu einer stärkeren neurologischen bzw. medizinischen Orientierung in der Rehabilitation - nachdem sie in Frankreich lange dafür kritisiert wurde, allzu verhaltenstherapeutisch, sozialpädagogisch oder pragmatisch zu arbeiten.

d) nach diesen theoretischen Aspekten einige praktische Überlegungen

- psychosoziale Rehabilitation steht zwischen der Medizin und der Sozialarbeit: dies erfordert gemeinsame Abstimmungen, Koordination, Sich-Kennen, gegenseitigen Respekt, partnerschaftliches Geben und Nehmen.
- Ziel der psychosozialen Rehabilitation ist das soziale Funktionieren des Einzelnen und die Verbesserung seiner Lebensqualität – das ist etwas anderes als das Ziel der Medizin, eine Krankheit zu behandeln.
- Die Rehabilitationsstrategien sind sehr vielseitig, sie beziehen sich auf verschiedene medizinische und soziale Disziplinen und verlangen unterschiedliche Kompetenzen
- Die Rehabilitation lässt sich nicht auf bestimmte Methoden reduzieren. Vielmehr ist sie ein Prozess, der auf Heilung bzw. Recovery zielt, der Aspekte der Prävention, der Gemeindeorientierung, der Solidarität und der Selbstorganisation der Nutzer aufnimmt.
- Die Medizin kann nicht mehr alleine Herr des Geschehens sein! (10)

II. Die psychosoziale Rehabilitation in Frankreich – eine Bestandsaufnahme

Existiert eine psychosoziale Rehabilitation in Frankreich?

Ist die psychosoziale Rehabilitation ein klarer Bestandteil der psychiatrischen Versorgung in Frankreich?

Auf diese Fragen muss die Antwort im großen und ganzen „nein“ lauten, - im Gegensatz zu den anderen europäischen Ländern, in denen die Rehabilitation bereits weit fortgeschritten ist. Warum ist das so? Diese Frage soll unter praktischen und politischen Aspekten untersucht werden.

Es gibt durchaus „psychosoziale Rehabilitation“ in Frankreich, man interessiert sich auch fachlich dafür (die Tagungen zu diesem Thema haben einen großen Zulauf). In der Praxis handelt es sich aber meist um unterschiedliche, über das Land verstreute vereinzelte Aktivitäten, die oft nur eine Methode verfolgen (z.B. nur Training von Fähigkeiten, nur Psychoedukation oder nur kognitive Remediation). Es gibt nur wenige Teams im psychiatrischen Bereich, die sich ganz auf psychosoziale Rehabilitation konzentrieren können (meist handelt es sich um Anfänge von Vernetzungen oder von Querschnitts-Aktivitäten). Daneben bestehen schon seit längerem Einrichtungen der „Wiedereingliederung“, sei es im Wohnen oder in der Arbeit.

Die „psychosoziale Rehabilitation“ mit ihrem Konzept, das sich an „Recovery“ orientiert, hat es in Frankreich in den letzten Jahren schwer gehabt, sich als ein neuer Hilfebereich zu etablieren. Diese Schwierigkeit geht vermutlich darauf zurück, dass die medizinische Perspektive immer noch oft mehr zählt als der „Lebensentwurf“ oder der „Lebensplan“ der Betroffenen, dass der „medizinische Plan“ zu oft über den „Lebensplan“ siegt, und damit „Krankheit“ über „Behinderung“.

a) Die französische Sektorpsychiatrie hat die psychosoziale Rehabilitation nicht gefördert

Die französische Sektorpsychiatrie hat ihre Leistungsfähigkeit in vieler Hinsicht bewiesen: erreicht wurden der gleiche Zugang für alle zu den Hilfen, die „Kontinuität der Behandlung“, wohnortnahe Hilfen und Möglichkeiten zu präventiver Arbeit.

Weniger erfolgreich war die Sektorpsychiatrie allerdings, wenn es darum ging, die Hilfen auch in großen Städten dezentral anzubieten, und die soziale Dimension der psychiatrischen Erkrankungen zu berücksichtigen. Dies zeigte sich vor allem in der Entwicklung der medizinisch-psychologischen Zentren (CMP – Centres Médico-Psychologiques, diese entsprechen teilweise den Sozialpsychiatrischen Diensten), welche die Basis der Sektorpsychiatrie darstellen sollen und mit dem psychosozialen Bereich kooperieren sollten. Diese sind bis heute rein medizinisch geprägt und mit dem Vorhaben gescheitert, nach außen mehr zu kooperieren (Gesetze von 1975 – Förderung psychosozialer Angebote, mehr Berücksichtigung der psychisch Behinderten). Die teilweise zu strikte Orientierung der Sektorpsychiatrie an festen geographischen Gebieten und auch manche fachlichen Verfestigungen haben es oft verhindert, sich über die eigenen Grenzen hinaus zu bewegen, Ergänzungen zu entwickeln, oder auch sich in das Feld der seelischen Gesundheit hinein zu bewegen (8).

Heute stehen wir in der Frage, wie psychisch kranke Menschen begleitet werden sollen, in einer Art Engpass. Auch haben die verschiedenen Regierungsberichte der letzten Jahre (11-12-13) noch nicht dazu geführt, dass deren Politikziele in der Psychiatrie ankamen. Man wartet immer noch auf die Umsetzung dieser Politik, d.h. des „Psychiatrie- und Gesundheitsplans 2005-8“ (14). Bis heute steht dieser Plan

nur auf dem Papier. Ohnehin hatte er nur teilweise die Erwartungen der verschiedenen betroffenen Gruppierungen berücksichtigt.

Allerdings muss man - über die Grenzen des Versorgungssystems hinaus – heute mit einem neuen gesellschaftlichen Kontext in Frankreich rechnen.

b) Das Konzept „psychische Behinderung“ und das Gesetz vom 11.2.2005 öffnen der psychosozialen Rehabilitation neue Entwicklungschancen

Die Vereinigungen der Angehörigen und der Nutzer haben die Fachleute und die Gesetzgeber für den Begriff der psychischen Behinderung sensibilisiert. Damit trugen sie dazu bei, dass in der Öffentlichkeit ein breiteres Verständnis von „psychischer Behinderung“ entstand, und es nicht mehr mit „geistiger Behinderung“ gleichgesetzt wurde. Sie erreichten es so, dass die Defizite der kognitiven und der psychosozialen Fähigkeiten und damit die Unterstützungsbedürfnisse der Betroffenen (15) stärker beachtet wurden.

Mehr als andere behinderte Menschen sind Menschen mit einem psychischen Handicap gleichermaßen auf medizinische und soziale Hilfen angewiesen, wenn sie im täglichen Leben zurechtkommen und einen angemessenen Platz in der Gesellschaft finden wollen.

Das Gesetz „für die Gleichheit der Rechte und Chancen, für die Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen im bürgerlichen Leben“ vom 11.2.05 nahm die Entwicklungen in der Gesellschaft auf und veränderte die Ausrichtung des früheren Gesetzes von 1975 (16) grundlegend: Die bisher für behinderte Menschen zuständigen Organisationen auf der Departement-Ebene (COTOREP – Commission Technique d’Orientation et de Reclassement Professionnel = Fachausschuss für die berufliche Orientierung und Wiedereingliederung) erhalten eine andere Bezeichnung (Maison des Personnes Handicapées – Häuser für behinderte Menschen) und neue Aufgaben. Eine Kommission „Recht und Autonomie“ erstellt, ausgehend vom gemeinsam erhobenen Hilfebedarf, individuelle Hilfepläne zur Unterstützung der psychisch behinderten Menschen. Leitschnur ist nun die Unterstützung für ein teilhabeorientiertes Leben – und nicht mehr die Unterbringung in Einrichtungen, in denen für die Menschen gesorgt wird.

Welche Chancen bietet die Perspektive „psychische Behinderung“?

Von psychischer Behinderung zu sprechen macht es nun möglich,

- die Gruppe der psychisch Kranken Menschen als eine Behindertengruppe, aber eine mit psychischen Störungen, darzustellen
- die Allgemeinheit über die Art dieser Behinderung und über deren Auswirkungen besser zu informieren
- die Fachleute und Politiker einer Stadt darin zu unterstützen, die verfügbaren Ressourcen so zu verteilen, dass die Rechte der Betroffenen besser respektiert werden.

Die Merkmale dieser Behinderung

- enge Verknüpfung der Behinderung mit der zugrundeliegenden Krankheit
- Schwankungen des Gesundheitszustands
- geringe Stabilität und Vorhersehbarkeit

- Überempfindlichkeit gegenüber Veränderungen ihrer Umgebung
- kein intellektuelles Defizit
- kognitive Funktionsstörungen, die mit der Erkrankung zusammenhängen

zeigen, dass es notwendig ist, für die Eingrenzung und fachliche Kompensation dieser Behinderung medizinische und soziale Hilfen in Anspruch zu nehmen und miteinander abzustimmen.

Auf diesem Weg kann es der psychosozialen Rehabilitation gelingen, pragmatische Lösungen hervorzubringen, - dies gilt für die Hilfskonzepte ebenso wie für die Evaluation.

c) ökonomische Rahmenbedingungen

Seit mehreren Jahrzehnten gehen die Ressourcen zurück, die der Psychiatrie zur Verfügung stehen, wenn man sie an Personalstellen und Bettenkapazitäten misst. 1985 wurde in Frankreich mit der Enthospitalisierung begonnen, allerdings war diese nicht begleitet von einer parallelen Umschichtung von ausreichenden institutionellen Kapazitäten, Fachkräftestellen und Kompetenzen in den psychosozialen Bereich. Darüber hinaus wirken sich die gegenwärtigen ökonomischen Begrenzungen stärker aus, und neue Angebote werden nur noch aufgebaut, wenn sie den Erwartungen der Nutzer und der Angehörigen entsprechen und wenn sie transparente, evaluierbare und abrechenbare Aktivitäten aufweisen.

d) Der im Januar 2009 herausgekommene Rapport Couty (17) beschreibt und kritisiert die aktuelle Situation (Aufgaben und Organisation im Bereich der Prävention und in der psychiatrischen Versorgung). Der Bericht fordert, die starre Trennung zwischen dem medizinischen System und dem psychosozialen Bereich aufzugeben und macht folgende *Vorschläge*:

- *Neuordnung der Versorgungsgebiete*
(im Rahmen des kommenden Gesetzes HPST /Hôpital – Patients – Santé – Territoires / Klinik – Patienten - Gesundheit – Einzugsgebiete/ und des Aufbaus regionaler Gesundheitsämter)
- *Aufbau örtlicher „Kooperationsgruppen für psychische Gesundheit“*
Diese sollen die medizinischen und psychosozialen Dienste koordinieren und vernetzen, einschließlich der psychosozialen Rehabilitation.

III. Psychosoziale Rehabilitation „à la française“ – Perspektiven

Die Rehabilitation ergänzt die Angebote der Sektorpsychiatrie. Deren Angebote decken die „Grundversorgung“ für die verschiedenen psychiatrischen Bedürfnisse ab: Klinik – Nachsorge (Tagesklinik, Tagesstätte, ambulante Begleitung zu Hause) – Krisendienste.

Als Rehabilitations-Initiative (18), als aktive Bewegung, an der Basis und als politischer Prozess, verbindet „Rehabilitation“ in Frankreich drei Konzepte:

- die best practice Methoden der Rehabilitation
- den Recovery-Ansatz: vom Patienten zum Nutzer
- das Case Management

und bewegt sich im Bereich der Medizin, der Sozialarbeit, im psychosozialen Bereich sowie im Bereich der Abstimmung und Koordination von Hilfen.

a) Die best practice - Methoden der Rehabilitation

Die psychosoziale Rehabilitation umfasst ein bestimmtes Instrumentarium von Methoden. Die wichtigsten werden unten näher beschrieben.

Den Begriff „best practice“ („interventions de pointe“) verwenden T. LECOMTE und C. LECLERC (19), um Techniken und Ansätze zu bezeichnen, die empirisch überprüft wurden und die nach den Kriterien der Evidence Based Medizin gewährleisten, dass sie in jeder Situation wirksam sind, unabhängig von den individuellen Anwendern.

Diese best practice Techniken stellen den *medizinischen* Strang der psychosozialen Rehabilitation dar.

Ambulante Teams eignen sich am besten dafür, diese Hilfen zu erbringen. Als organisatorischer Rahmen der Rehabilitation eignen sich gemeinsame Angebote mehrerer Sektorteam, da sie die notwendigen personellen Ressourcen bereitstellen können.

Die Reha-Angebote werden von Fachleuten erbracht, die über spezifische Kompetenzen in kognitiven Trainingsverfahren und in pädagogischen Methoden verfügen. Es lassen sich vier Methoden unterscheiden:

- psychoedukative Verfahren (Management der Krankheit und der Behandlung – Patient und Umfeld)
- Trainingsverfahren der kognitiven Remediation
- verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung kognitiver Leistungsbeeinträchtigungen
- Techniken zum Wiedereinüben sozialer und beruflicher Fähigkeiten

Wenn die Maßnahmen und Methoden früh eingesetzt werden, besteht die Chance, ein gutes Niveau der sozialen und kognitiven Funktionen zu erhalten.

Wichtige Grundsätze in der Praxis sind der Respekt vor der persönlichen Entwicklung des Einzelnen, individualisierte Hilfen und eine rehabilitative Begleitung in längeren Prozessen und Zeiträumen.

b) Vom Patienten zum Nutzer – das Recovery-Konzept

Definition

Das Recovery-Konzept zielt nicht nur auf schwere psychische Erkrankungen, und nicht nur auf – im wörtlichen Sinne - die Rückkehr zu einem früheren Zustand oder zu einem stabilen Gleichgewicht. Den Begriff „Recovery“ verstehen wir in der Rehabilitationsdiskussion etwas breiter: Wir gehen von dem Konzept von DEEGAN (20) aus (einer Betroffenen, die sich in der Nutzerbewegung der USA stark engagiert hat), und verstehen unter Recovery eine „Transformation“, den einmaligen Prozess einer persönlichen Lebensveränderung,. Dieser hat wenig zu tun mit einer einfachen Genesung oder einer Wieder-Herstellung des Zustands vor der Erkrankung.

Die Forderungen der psychosozialen Rehabilitation in Frankreich sind an „Recovery“ orientiert. Es geht um zwei Ebenen:

- politische Ebene – mit Positionen und Forderungen der Nutzerbewegungen
- fachliche und praktische Ebene – mit Forderungen nach gemeindepsychiatrischen Angeboten und personenbezogenen Hilfen für die psychosoziale Rehabilitation

Politische Ebene

Die fachlichen Hilfen der Rehabilitation sollen die Patienten nicht nur in ihrer persönlichen Situation unterstützen, sondern sie auch zu mehr Mitsprache bei politischen und institutionellen Entscheidungen befähigen: sie sollen Einfluss nehmen können, damit ausreichende personelle Ressourcen und Angebote bereitgestellt werden, welche die Menschen mit einer psychischer Behinderung für ein Leben in der Gemeinschaft benötigen.

(In diesem Sinne können z.B. Verantwortliche aus Vereinen, die Lobbyarbeit für psychisch behinderte Menschen machen, ihre Aktivitäten als „Rehabilitationsarbeit“ geltend machen (18).)

Aufbau gemeindepsychiatrischer Angebote

Die psychosoziale Rehabilitation fordert, fehlende Angebote aufzubauen und personenzentrierte Hilfen in allen Bereichen zu entwickeln, um psychisch Behinderten zu helfen, ihre Situation zu bewältigen. In den neuen Angeboten sollen pädagogische Fachleute, Aktivisten und Betroffene zusammenarbeiten. Die fachlichen Hilfen sollen vom individuellen Hilfebedarf der Betroffenen ausgehen, so weit wie möglich im Lebensumfeld erbracht werden und sie zu aktiver Teilhabe ermutigen.

Die gemeindepsychiatrischen Forderungen im einzelnen:

- **Wohnangebote:** 30 % der in Kliniken untergebrachten Patienten sind auch heute noch fehlplatziert, das heißt, sie leben nur wegen unbefriedigender oder ungeklärter Entlassungsperspektiven im klinischen Rahmen. Daher ist es dringend notwendig, Wohnangebote mit verschiedener Betreuungsintensität zu schaffen, in denen die Hilfen auf die individuellen Bedürfnisse des aufgenommenen Bewohners abgestimmt werden;
- **Arbeits-Angebote** (Werkstatt, Selbsthilfe-Firmen, IFD)
- **ambulante Begleitung im Alltag**
- **Freizeit**, Tagesstruktur, Kontakte, Selbsthilfe-Netzwerke
- **Erhalt von Vermögen und Einkommen** der Betroffenen und der Angehörigen

Dazu einige Daten über die Leistungen der CNSA 2008

(Caisse Nationale pour l'Autonomie = „nationale Kasse für Selbständigkeit“)

- O Einrichtungskonzepte wurden besser auf die Bedürfnisse der Behinderten abgestimmt
- O Folgende Maßnahmen für psychisch Behinderte wurden finanziert:

Wohnen

1230 Plätze für psychisch behinderte Menschen in MAS- (Maison Accueil Spécialisé = spezielle Heime) und in FAM-Heimen (Foyer Accueil Médicalisé = medizinisch orientierte Heime)

Ambulante Begleitung

1030 Plätze in SAMSAM (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés = medizinisch-soziale Begleitung für erwachsene Behinderte)

Unterstützung von Selbsthilfe-Gruppen

Aufbau von ca. 300 GEM-Gruppen bis 2007 (Groupes d'entraide mutuelle = Selbsthilfegruppen)

c) Das Case Management -

Erhebung des individuellen Hilfebedarfs und Koordination der individuellen Hilfen

Case Management (aus deutscher Sicht ist hier gemeint: eine gemeinsame individuelle Hilfeplanung im Versorgungsgebiet) ist in zweierlei Hinsicht wichtig:

- es verlagert den Schwerpunkt von der Klinik in die Gemeinde, vor allem in das normale Lebensumfeld des Patienten (eigene Wohnung, Familie, Arbeitsplatz...)
- es verbindet – im Gegensatz zu Ansätzen, die sich nur auf einzelne Lebensbereiche konzentrieren - ein Bündel von Maßnahmen und von Interventionen, es berührt gleichzeitig verschiedene Lebensbereiche (Wohnen, Beruf, Ausbildung, Freizeit...) und berücksichtigt nicht zuletzt auch Arbeits-Angebote (Werkstatt, Selbsthilfe-Firmen, IFD).

Case Management hat große Auswirkungen auf die „Enthospitalisierung“ von Kliniken und auf die Koordination der Maßnahmen verschiedener Anbieter.

Definition

Nach C. SAMELE und R.M. MURRAY (21) lässt sich *Case Management* wie folgt definieren:

Erhebung der Hilfebedürfnisse, Aufstellung eines Hilfeplans mit komplexen Hilfen, Entwicklung eines Hilfeprogramms, Umsetzung der komplexen Hilfen, Bewertung und Fortschreibung der Hilfen. Leitidee ist es, ein Spektrum von individueller Hilfen „à la carte“ anzubieten, im eigenen Lebensumfeld, und die verschiedenen Hilfen koordiniert zu erbringen.

In das französische System übertragen erscheint *Case Management* als das bisher fehlende Bindeglied: es kann einerseits die beiden Bereiche der Medizin und der psychosozialen Rehabilitation mehr zusammenbringen, und es nimmt andererseits die Forderung nach personenzentrierten Hilfen auf. Case Management kann als Koordinationsinstanz fungieren, welche die Rehabilitationsprozesse begleitet und in Gang hält. Man kann es als „Ressourcen-Zentrum für psychische Behinderung“ bezeichnen. Es passt gut in die vom Couty-Bericht geforderte „örtliche Kooperationsgruppe für psychische Gesundheit“. Als Motor der Vernetzung zwischen

den Partnern aus den medizinischen und den psychosozialen Bereichen, und als Bindeglied zum „Haus der Behinderung“ (auf Departement-Ebene) kann ein solches „Ressourcen-Zentrum“ folgende Aufgaben übernehmen:

- funktionelle Evaluation:
Erhebung der Stärken und Schwächen in den verschiedenen Lebensbereichen, persönliche Ressourcen, Kontakte mit dem Umfeld, sowie psychosoziale Fähigkeiten, die für die Rehabilitationsdiagnose wichtig sind
- Aufstellung der notwendigen Schritte und Phasen der Rehabilitation:
individueller Hilfe-/Reha-Plan
- Koordination der medizinischen und psychosozialen Hilfen und der Hilfen im Rahmen des „persönlichen Lebensprojekts“ (soziale Kontakte, Familie, Arbeit)

Wenn neue Bedürfnisse der Personengruppe in den Fallbesprechungen artikuliert werden, unterstützt Case Management auch die Entwicklung neuer Angebote, und trägt so zur Stärkung der Macht der Nutzer und zu ihrer Entstigmatisierung bei.

Die Evaluation des Case Management selbst soll von der Koordinationsinstanz als ständige Aufgabe geleistet werden. Sie soll das Erreichte mit den aufgestellten Kriterien (sei es für die Umsetzung der Hilfeplanung selbst oder für die Umsetzung der individuellen Reha-Pläne) vergleichen.

IV. Zusammenfassung

Im Jahr 2000 verschaffte sich die Gruppe der Menschen mit psychischer Behinderung Gehör und artikuliert ihre Bedürfnisse nach Hilfen und Unterstützung. Leider war die Psychiatrie bis heute tatsächlich nur wenig in der Lage, auf diese Erwartungen zu reagieren, insbesondere nicht denen im Zusammenhang mit „Recovery“. Erreicht wurde aber immerhin:

- Im Jahr 2005 wurde mit dem Gesetz „für die Gleichheit der Rechte und Chancen, für die Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen im bürgerlichen Leben“ ein Rahmen geschaffen, welches den Menschen einen Rechtsanspruch auf Maßnahmen zum Ausgleich ihrer Behinderung und zu einem Leben in der Gemeinschaft verschafft.
- In den vergangenen Jahren ist es gelungen, das Arbeitsfeld der psychosozialen Rehabilitation fachlich weiter zu entwickeln und seine Bezüge zur Allgemeinpsychiatrie zu vertiefen
- Im Jahr 2009 stellen „Psychosoziale Rehabilitation“ und „Psychoedukation“ bereits wichtige Orientierungspunkte dar (Rapport Couty)
- Es muss allerdings noch viel getan werden : engagierte Reha-Fachleute benötigen Fortbildungsangebote – für Trainingsverfahren und Therapie kognitiver Funktionsstörungen, Psychoedukation, individuelle Hilfeplanung sowie Koordination/Vernetzung der Versorgung.

Ausblick: Grenoble als Beispiel

A. Planungsziele für die gesamte Region Rhône-Alpes

Psychiatrieplan der Region (SROSS – Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale Rhône-Alpes): für jedes Gesundheits“territorium“ sind

vorgesehen:

- O ein Programm „psychosoziale Rehabilitation“
- O ein Programm „Wohnen“

B. Planungsziele für den Großraum Grenoble:

- O ein Querschnittsangebot (zwischen verschiedenen Sektorteam) im Rahmen des Schwerpunkts „Behinderung-Sucht-Rehabilitation“ des Zentrums für Psychiatrie St Égrève:
 - eine Station für psychosoziale Rehabilitation
 - eine Tagesklinik für psychosoziale Rehabilitation
 - ein ambulantes Psychiatrie-Team für die Liaison mit dem psychosozialen Bereich
 - ein Wohnprogramm
- O Vernetzung finanzieller und medizinischer Hilfen
 - Netzwerk RÉHPI (Réseau Handicap Psychique – Netzwerk psychische Behinderung) in Abstimmung mit der MDPH (Haus für Behinderte)

Literatur

- 1 - FARKAS, M. et al. : Centre de R.P. de Boston, « Disponibilité à la réhabilitation, une introduction » *Socrate réhabilitation*, 2005
- 2 - LIBERMAN R.P. : « Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques » Traduit de l'anglais par le Dr. F. Lelord, *Masson*, 1991, Paris
- 3 - BELLACK, A.S. : Réhabilitative Treatment of Schizophrenia, in *Comprehensive of Schizophrenia : a Textbook of Clinical Management* » *J.A. Lieberman and R.M. Murray, Editors*. 2001, Taylor & Francis Group
- 4 - OMS – AMRP : Consensus Statement, 1996
- 5 - TESSIER, L., Clément, M. : « la réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 90 » *Gaëtan Morin Ed*, 1992, Québec
- 6 - DUPREZ, M. : Penser le handicap en Psychiatrie : enjeux et spécificité du handicap psychique. Thèse Médecine. Faculté de Médecine de Grenoble. 2007
- 7 - PROVENCHER, H. : « Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale » *Santé mentale*. 2006 ; 106 : 59-65
- 8 - GIRAUD BARO, E. : Réhabilitation Psychosociale en France. *Annales Médico Psychologiques* 165 (2007) 191-194

- 9 - WYKES, T. : Un Manuel de réadaptation psychiatrique, sous la direction de T. LECONTE et Cl. LECLERC 2004. Presses de l'université du Québec, 2003 – 97
- 10 - GIRAUD BARO, E., VIDON, G., LEGUAY, D. : « Soigner, réhabiliter. Pour une reformulation de l'offre de soins et de service ». *L'information Psychiatrique* 2006. 82 (4). 281-6
- 11 - ROELANDT, J.L., PIEL, E. : « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ». Juillet 2000
- 12 - CHARZAT, M. : « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. » Mars 2002
- 13 - CLERY-MELIN, P., KOVESS, V., PASCAL J.C. : « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ». Septembre 2003
- 14 - PLAN PSYCHIATRIE et SANTE MENTALE, 2005 – 2008
- 15 - LE LIVRE BLANC des partenaires de Santé Mentale en France – Juin 2001
- 16 - LOI N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées
- 17 - COUTY, E. : Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-MARQUIN, Ministre de la santé et des sports. Janvier 2009
- 18 - LEGUAY, D., GIRAUD BARO, E. et coll. : Manifeste pour la Réhabilitation Psychosociale. 5^{ème} Journées de Réhab, Versailles, 2008
www.rehabilite.org
- 19 - LECOMTE, T., LECLERC, C. (Dir) : « Manuel de réadaptation psychiatrique » *Presses de l'université du Québec*, 2004. Québec
- 20 - DEEGAN, P.E. : « Le rétablissement comme processus de transformation » *Santé Mentale*. 2006. 106 : 68-76
- 21 - MURRAY, R.M., SAMELE, C. : « Case Management of Patients with Schizophrenia In Comprehensive Care of Schizophrenia : a textbook of Clinical Management ». J.A. LIEBERMAN and R.M. MURRAY Editors. 2001, Taylor & Francis Group.

Réhabilitation Psychosociale en France : concepts et pratiques, état des lieux et perspectives

Dr Elisabeth GIRAUD BARO, présidente du Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale CFRP, Centre Hospitalier St Égrève, Grenoble

I. La Réhabilitation psychosociale : concepts

Il y a seulement une dizaine d'années, le concept de réhabilitation psychosociale était quasi inconnu en France alors que son existence s'avère reconnue depuis plusieurs décennies à l'étranger.

- définitions

La réhabilitation psychosociale pourrait se définir, d'une manière très générale, comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Plusieurs auteurs ont proposé des définitions plus détaillées et plus précises de ce qu'est ou n'est pas la réhabilitation psychosociale : ainsi, selon Farkas, il peut s'agir autant de l'ensemble des interventions « visant à aider les personnes souffrant de maladies mentales graves » que d'actions plus ciblées, par exemple dans le domaine du travail(). Elle définit la réhabilitation par son déroulement : «somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet » et 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 » (1). Pour Liberman le déroulement de la réhabilitation psychiatrique est fondé à la fois sur le modèle pluridimensionnel de P. Wood et sur celui de la vulnérabilité au stress, et se structure de l'ensemble des techniques de rééducation applicables aux personnes souffrant « d'incapacités psychiatriques », en particulier en terme de développement des « habiletés sociales » (2). Bellack, quant à lui, fonde la légitimité de l'approche psychosociale sur l'insuffisance de la pharmacothérapie dans l'évolution à long terme des schizophrénies ; il en déduit que les actions de réhabilitation se regroupent en deux grands types de stratégies : l'entraînement aux « habiletés » sociales et la remédiation cognitive (3).

Au total, il semble bien plus facile de lister les différentes modalités d'action en réhabilitation psychosociale et l'ensemble des principes structurant cette pratique que de fournir une définition claire et précise de ce terme. Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé a donc publié en 1996, en collaboration avec l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale (AMRP), les principaux objectifs et grands axes de la pratique de la réhabilitation psychosociale() : réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux, développement des compétences sociales, travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux, organisation des actions autour de la place centrale de l'utilisateur, et accompagnement des familles et des proches.

Tessier et Clément (5) défendent l'idée de l'aspect illusoire d'une définition stricte et consensuelle de la réhabilitation psychosociale. Pour ces auteurs, reprenant en cela les positions de Cnaan, il n'existe pas de théorie exclusive rendant compte de cette technique mais bien un ensemble de principes qui guident les professionnels dans leurs actions auprès des personnes souffrant de troubles mentaux sévères.

- La double dimension propre à la réhabilitation

En tant que mouvement théorique et pratique à la croisée des différents champs sociologiques concernés par la question des troubles mentaux, elle vient interroger les secteurs sanitaire, social et médico-social dans leurs spécificités et leur collaboration.

En tant que processus individuel et singulier au centre duquel est placée la personne concernée, elle peut être lue selon un axe dynamique : celui du projet de vie dont il conviendra d'analyser les différents aspects.

Dans son aspect fondamentalement pluridisciplinaire, cette approche n'est donc pas seulement une nouvelle modalité de soins psychiatriques : elle consiste surtout en la création d'un espace d'articulation entre les secteurs sanitaires, social et médico-social au sein d'une logique différente de celle centrée sur la malade propre à la pratique de secteur : une logique dite « centrée sur la personne ».

- L'enseignement de l'étranger

Des modèles évolués de soins fondés sur la communauté ont été mis en place à plus ou moins grande échelle dans divers pays, en particulier en Amérique du Nord, en Italie, en Angleterre.

La Réhabilitation psychosociale trouve sa place au sein d'un modèle de soins et services intégrés.

Ces modèles varient sur de nombreux aspects liés au contexte social et culturel mais tous partagent les *éléments suivants* :

- les services sont assurés pour une population et un secteur défini.
- Les services sont basés sur une évaluation des besoins et assurent des soins individualisés visant à renforcer l'identité des patients.
- Les services sont conçus pour les « cas » difficiles et les malades les plus handicapés
- Les services sont accessibles aux plus démunis.
- Le cadre de soins contraignant et les hospitalisations de longue durée sont autant que faire se peut évités.
- Les services font partie du dispositif de santé
- La réhabilitation sociale et professionnelle est assurée dans le milieu naturel.
- Les soignants sont responsables et concernés par la qualité des soins.
- Les usagers et les soignants sont impliqués dans l'organisation et l'évaluation des soins.
- Les services assurent l'accueil des patients, les interventions en situation de crise, les admissions d'urgence, la possibilité d'hébergement protégé, une aide au logement, un soutien financier, un soutien familial et social, une aide à la réinsertion professionnelle, aux relations sociales, aux loisirs et à la vie

quotidienne ; ceci par le développement des habiletés sociales, l'encouragement, les modifications de l'environnement et la défense des droits.

C'est un nouveau courant qui s'impose et redirige la cible des interventions vers ce que la personne elle-même désire, vers ses buts personnels (6).

L'intervenant n'a plus le rôle d'expert qui détermine les cibles thérapeutiques mais plutôt celui de personne ressource qui détient des connaissances dans de multiples modes d'intervention et qui partage ses connaissances avec la personne dans l'objectif d'atteindre des buts qui lui sont propres.

Ainsi, la réhabilitation psychiatrique devient une approche individuelle centrée sur le patient auquel on reconnaît l'ultime pouvoir décisionnel sur son plan de traitement (Silverstein 2000). De ces constatations naissent plusieurs concepts :

- L'*empowerment* ou « prise de pouvoir personnel » fait que l'intervenant devient un professionnel qui offre du soutien en accompagnant la personne, lui facilitant sa capacité de prendre du pouvoir sur sa propre vie tout en visant son rétablissement.
- Selon Provencher (7), le concept de *rétablissement* comporte quatre dimensions reflétant l'expérience de l'individu durant ce processus :
 - La première dimension correspond à la redéfinition et l'expansion du soi qui dépasse le processus de deuil en reconnaissant le trouble psychotique.
 - La deuxième dimension correspond à la reprise du pouvoir personnel de la personne sur le plan individuel, sociétal et organisationnel.
 - La troisième dimension est relationnelle, composée du soutien social et de la contribution familiale vis-à-vis du rétablissement.
 - La quatrième dimension reflète le caractère temporel avec l'espoir et le maintien de la vision positive de sa vie et de sa démarche.

L'intervention aidera donc la personne atteinte de troubles mentaux graves à découvrir ses forces et ses ressources et à choisir ses propres stratégies d'adaptation. Les services varient donc d'une prise en charge médicale plus importante en période de crise à une prise en charge personnelle active en période d'insertion sociale et communautaire.

L'analyse des mouvements de Réhabilitation psychosociale montre qu'ils ont été le fruit d'une politique de santé mentale rompant avec une organisation médico-centrée, fortement favorisée par la montée du pouvoir des familles et des usagers faisant valoir leurs besoins. Le contexte de maîtrise des dépenses apparaît dans de nombreux exemples comme un déterminant des plus opérant de la réallocation de ressources vers des interventions dont l'efficacité peut être prouvée en terme d'amélioration du fonctionnement social et de la qualité de vie.

Il faut aussi souligner les progrès des sciences neurocognitives qui apportent une lecture nouvelle des déficits rencontrés dans la schizophrénie (8).

L'altération du traitement de l'information concernant l'attention, la concentration, la mémoire, les fonctions exécutives ou la théorie de l'esprit constitue un point de dysfonctionnement central indicateur pronostique du fonctionnement social, et donc des besoins en matière de soutien et d'intervention psychiatrique. Une étude londonienne mettant en parallèle les déficits cognitifs et le recours aux soins, a

montré que plus le patient présente de déficits cognitifs, plus il est dépendant du système de soins et consommateur de soins. (9)

Remédier à ces déficits cognitifs définit les pratiques de remédiation cognitive, nouvel enjeu de la réhabilitation psychosociale.

Soulignons que cette évolution « recérébralise » si l'on peut s'exprimer ainsi la pratique de la réhabilitation qui a longtemps souffert, au moins en France d'être considérée comme comportementaliste, sociale et opératoire !

- Au terme de ces aspects plus théoriques, quelques considérations pratiques :

→ le champ de la réhabilitation psychosociale se situe entre sanitaire et social : cela suppose une articulation construite sur la connaissance mutuelle, le respect mutuel, la coordination et la réactivité de part et d'autre

→ la cible de la réhabilitation psychosociale est le fonctionnement social de la personne et l'amélioration de sa qualité de vie, ce qui est tout à fait différent de la maladie.

→ les stratégies d'intervention sont variées et font appel à des disciplines différentes sanitaires et/ou sociales et à des compétences nouvelles.

→ la réhabilitation psychosociale ne se résume pas à des interventions, c'est un processus qui tend au rétablissement (ou recovery) de la personne , et de ce fait se déroule selon un parcours de vie, faisant référence aux dimensions de la santé mentale , de la communauté, de la solidarité et du militantisme.

→ le sanitaire ne saurait donc être l'unique maître d'œuvre ! (10)

II . La Réhabilitation psychosociale en France : état des lieux

Pratique-t-on la Réhabilitation Psychosociale en France ?

La réhabilitation psychosociale est-elle clairement inscrite dans le processus de prise en charge des troubles psychiatriques en France ?

A ces questions, la réponse est globalement non, contrairement aux autres pays d'Europe où la réhabilitation psychosociale s'est largement développée. Ce problème de la réhabilitation psychosociale en France mérite d'être examiné sous des aspects techniques et politiques.

On pratique bien la réhabilitation psychosociale en France, et on s'y intéresse (la fréquentation des congrès qui sont consacrés à ce thème est importante) mais ce sont le fruit d'expériences multiples, disséminées et souvent centrées sur une stratégie (entraînement aux habilités, psycho-éducation ou remédiation). Il n'existe que peu d'équipes dédiées complètement à la réhabilitation psychosociale dans le champ sanitaire (ce sont le plus souvent des expériences fédératives et/ou inter-sectorielles). Notons l'existence relativement ancienne d'établissements dits de réadaptation, souvent orientés vers l'autonomie à l'hébergement et la préparation au travail.

La difficulté de la réhabilitation psychosociale à émerger en tant qu'intervention complémentaire des soins et visant au rétablissement de la personne tient peut-être au fait que la dimension médicale prévaut trop souvent en terme de projet pour la personne. Le projet médical l'emporte trop souvent sur le projet de vie, la maladie sur le handicap.

➤ la sectorisation psychiatrique n'a pas porté la réhabilitation psychosociale

Le secteur a prouvé son efficacité en prônant des valeurs sûres comme l'accès égalitaire aux soins, la mise en place d'une réelle continuité des soins, la proximité de l'offre de soins et la possibilité d'actions de prévention.

Malgré la volonté de déplacer les soins dans la cité, et de prendre en compte la dimension sociale des pathologies psychiatriques, en particulier avec la mise en place des Centres Médico-Psychologiques (CMP) qui constituent le socle de la sectorisation, cette dernière reste organisée toute entière selon un schéma purement sanitaire ; elle a ainsi plus ou moins échoué dans son projet de collaboration avec le champ médicosocial dont la naissance remonte quant à elle aux lois jumelles de 1975 sur l'orientation en faveur des personnes handicapées. L'organisation territoriale parfois étanche et le fonctionnement idéologique et généraliste n'ont pas toujours permis le développement de transversalité ou de complémentarités, ni l'élargissement au champ de la santé mentale (8).

Nous sommes aujourd'hui dans une sorte d'impasse en matière d'accompagnement des malades mentaux. Il est par ailleurs manifeste que les différents rapports gouvernementaux qui ont vu le jour depuis quelques années, (11 – 12 – 13) n'ont pour l'instant pas encore abouti à une politique sanitaire et sociale digne de ce nom dans ce domaine ; on attend toujours la mise en œuvre au quotidien de cette politique qui reste encore actuellement au stade de projet dans un texte qui n'a que très partiellement répondu aux attentes que les différents acteurs concernés pouvaient avoir à son égard : le plan Psychiatrie et Santé Mentale de 2005-2008 (14).

Cependant au delà des limites du dispositif de soin, un contexte sociétal nouveau en France est à prendre en considération.

➤ Le concept handicap psychique et la loi du 11 février 2005 ouvre le champ de la réhabilitation psychosociale

Les associations de familles et d'usagers ont sensibilisé les professionnels et les législateurs à la notion de handicap psychique, en se démarquant du handicap mental lié à la déficience intellectuelle, faisant ainsi reconnaître les incapacités touchant le domaine cognitif et les habiletés psychosociales, et donc les besoins des personnes concernées (15). Les personnes handicapées psychiques, plus que d'autres, ont besoin de soins de nature sociale autant que sanitaire pour acquérir un fonctionnement satisfaisant dans la vie quotidienne et trouver une place dans la société.

La loi a suivi les évolutions de la société : la loi du 11/02/2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a modifié radicalement l'esprit de la loi de 1975 (16). Les COTOREP sont remplacées par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, dotées d'une commission « Droit et Autonomie » qui propose un plan individualisé de compensation, en fonction des besoins évalués de la personne :

- le soutien dans une vie participative prend le pas sur une orientation dans des structures protectrices.

Le concept de handicap psychique permet de faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques, d'informer la collectivité sur la vraie nature de ce handicap et des risques qui lui sont liés, enfin d'aider les responsables du social dans la cité et ceux qui vont répartir les ressources disponibles à faire en sorte que les droits des personnes soient mieux respectés. Les caractéristiques de ce handicap : lien de causalité très fort avec la maladie sous-jacente, variabilité dans le temps, instabilité et imprévisibilité, hypersensibilité aux variations du contexte, absence de déficit intellectuel, liens avec les troubles cognitifs repérés dans la maladie psychique, témoignent de la nécessité d'articuler des champs médicaux et sociaux pour le cerner et le prendre en charge (6).

C'est à ce niveau que la réhabilitation psychosociale peut apporter des réponses pragmatiques tant en terme d'évaluation que de stratégies de compensation.

➤ L'environnement économique

Depuis plusieurs décennies les moyens offerts à la psychiatrie ont diminué (en termes de nombre de lits et de démographie médicale). La désinstitutionnalisation à l'œuvre depuis 1985 ne s'est pas accompagnée d'un transfert de moyens suffisants vers le secteur médico-social ni d'un transfert de compétences. De plus, les contraintes économiques se font plus pressantes et à l'instar des pays Nords Américains, la réallocation de ressources ne concernera que des solutions répondant aux attentes des usagers et des familles et à des impératifs servant la tarification d'activités lisibles et évaluables.

➤ Le Rapport Couty (« mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie « -17) apporte un éclairage tout récent.

Ce rapport témoigne d'une volonté de sortir de l'étanchéité sanitaire / médico-social , souligne l'intérêt de la pratique de la réhabilitation psychosociale. Il propose une nouvelle organisation territoriale dans le cadre de la future loi HPST (Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires) et de la création des Agences Régionales de Santé : les Groupements Locaux de Coordination pour la santé mentale : une organisation en réseau qui convient à la réhabilitation psychosociale.

III . Réhabilitation Psychosociale « à la française » : Perspectives

↪ Elle est complémentaire des soins dispensés par les secteurs que l'on pourrait qualifier de soins de première ligne : hospitalisation-suivi-liaison-urgences

↪ En tant que mouvement militant, en tant que pratique et processus, la réhabilitation repose sur trois concepts :

- les techniques de pointes
- du malade à l'utilisateur : le processus de rétablissement
- le case management : évaluation des besoins et coordination des intervenants

qui balayent le champ sanitaire, le champ social et médicosocial et celui d'une articulation coordonnée. (18)

- Les techniques de pointe

La réhabilitation psychosociale se structure d'un abord technique dont les modalités principales sont le réentraînement aux habiletés sociales (Social skills training) et la remédiation cognitive, techniques qui peuvent légitimement entrer dans le cadre des « interventions de pointe ».

Le terme « interventions de pointe » est employé par T. Lecomte et C. Leclerc (19) pour désigner les techniques et les approches que l'on peut proposer dans la pratique de la réhabilitation psychosociale avec un niveau de preuve suffisant pour garantir, selon les critères de l'Evidence Based Medicine, une efficacité importante en tout contexte d'application, et ce malgré la multiplicité des individus concernés.

Ces techniques de pointe représentent le versant sanitaire de la réhabilitation psychosociale. Les unités ambulatoires sont les plus adaptés pour dispenser ce type de soins.

Le niveau intersectoriel apparaît comme le plus pertinent en terme de mobilisation de ressources.

La spécificité des interventions dispensées par des personnels formés et possédant des capacités orientées neurocognition, et sciences éducatives justifie d'une valorisation particulière.

On peut distinguer :

- les interventions psycho-éducatives (gestion de la maladie et du traitement – patient et entourage) ;
- les thérapies de remédiation cognitive ;
- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les techniques de réentraînement aux habiletés sociales et professionnelles.

Les interventions précoces permettent une préservation du pronostic fonctionnel. Le caractère individualisé dans le respect de la dynamique du sujet, l'approche écologique, le soutien dans le temps et/ou les interventions de renforcement fondent la pratique de la réhabilitation psychosociale.

- Du malade à l'utilisateur : le rétablissement

Le concept de rétablissement ne concerne pas seulement le champ de la pathologie mentale lourde et se définit littéralement par le retour à un état antérieur de fonctionnement ou d'équilibre stable. Au sens où nous l'entendons ici, l'acceptation en est néanmoins plus complexe ; en particulier, si l'on se réfère à la conception que défend P.E. Deegan (20), elle-même souffrante de schizophrénie et très impliquée dans le militantisme des usagers aux Etats-Unis, le rétablissement correspond avant tout à un processus singulier de transformation subjective bien éloigné d'un simple phénomène de restitution ou de restauration ad integrum (20). Il s'agit d'un concept à double connotation : il a en effet une fonction politique particulière en tant qu'il cristallise une grande part des positions et des revendications des mouvements d'usagers, mais également une portée théorique et pratique qui structure le mouvement de réhabilitation psychosociale dans son ensemble : individualisation des services, prendre appui sur les compétences propres de la personne, stimuler sa participation active, interventions au plus près du milieu de vie.

La réhabilitation psychosociale se propose donc de veiller à ce que ces besoins soient satisfaisants pour aider les patients à se maintenir dans la nécessité d'intervenir au niveau des « décideurs » pour que soient mis en place dans la société les ressources ou structures nécessaires pour rendre possible la vie dans la communauté des personnes présentant un handicap psychique. C'est donc ainsi que les responsables d'associations investies dans le lobbying en faveur des personnes handicapées psychiques peuvent également revendiquer leur action dans le registre de la réhabilitation.(18)

C'est le versant communautaire de la réhabilitation psychosociale : les services à la personne venant compenser la situation de handicap où interviennent des personnels éducatifs, des militants voire des pairs.

Ces dispositifs concernent :

- l'hébergement : soulignons les 30% de patients hospitalisés par « défaut » du fait de l'insuffisance de voies de sortie sécurisées, donc la nécessité de création de dispositifs résidentiels offrant une gradation de l'intervention de soin articulée selon l'état de dépendance de la personne accueillie ;
- l'accompagnement à la vie quotidienne (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés) ;
- les occupations et le temps libre, la lutte contre l'isolement (Service d'Activité de Jour, Groupe d'Entraide Mutuelle...) ;
- le travail (Etablissement et Service d'Aide par le Travail, Entreprises Adaptées, soutien en milieu ordinaire...) ;
- la protection des biens et la garantie de ressources. (18)

Source CNSA 2008

Actions entreprises concernant les réponses collectives aux besoins

- La prise en compte du handicap psychique dans la programmation des équipements, à travers les remontées par les PRIAC des besoins non couverts
- Le financement de places dédiées au handicap psychique :
 - ▶ 1.230 places de MAS et FAM
 - ▶ 1.030 places de SAMSAH,
 - ▶ pour les enfants et adolescents, 540 places d'ITEP, 720 places de SESSAD pour troubles du caractère et du comportement
- la création de près de 300 groupes d'entraide mutuelle à la fin 2007

- Le Case Management : évaluation et coordination

On peut souligner deux aspects fondamentaux de ce modèle d'intervention : d'une part le fait qu'il suppose un déplacement du lieu d'intervention depuis l'hôpital vers la communauté, en particulier le milieu de vie habituel du patient (domicile, milieu familial, milieu professionnel...), d'autre part le fait qu'il associe, contrairement aux programmes centrés sur un seul secteur de la vie sociale, un ensemble de mesures et d'interventions prenant en compte les différents domaines (logement, profession, éducation, loisirs...) dans une perspective globale et non scindée.. Il faut également insister sur l'impact qu'il peut avoir en termes de décloisonnement des services et de coordination des actions des différents acteurs.

Selon C. Samele et RM. Murray (21), les principaux éléments clés du *Case Management* sont ainsi : évaluation des besoins, planification de services globaux, organisation de la mise à disposition de ces services, mise en œuvre, évaluation et suivi de ces mêmes services. Finalement, l'idée est donc d'offrir un ensemble de services à la personne « à la carte », dans son milieu de vie, en associant soins et accompagnement social de manière coordonnée.

Transféré dans le système français, le *Case Management* apparaît comme le chaînon manquant entre le dispositif sanitaire de soins psychiques et de réhabilitation psychosociale, et les services proposés à la personne. C'est l'instance de coordination et de garantie de la dynamique du processus de réhabilitation que l'on pourrait nommer « Centre Ressource Handicap Psychique ». Il trouve sa place dans l'organisation préconisée dans le rapport Couty au sein du GLC : Groupement Local de Coopération pour la santé mentale. Agent de coopération entre partenaires des secteurs sanitaires et médicosociaux et en lien avec les maisons départementales du handicap, « le centre ressource » réalise :

- l'évaluation fonctionnelle : bilan des points forts et des points faibles dans les domaines concernant la gestion de la santé, les ressources personnelles et les interactions avec l'environnement, les aptitudes psychosociales qui définissent un diagnostic de réhabilitation
- la planification des étapes nécessaires à la réalisation du projet : plan d'aide ;
- la coordination des interventions sanitaires (soins et réhabilitation psychosociale) et des services dans le cadre du projet de vie (champ social, familial, professionnel) ;

Il favorise également l'émergence des besoins des personnes et la promotion de dispositifs adaptés ,contribuant ainsi au renforcement du pouvoir des usagers et à la déstigmatisation.

Ce *Case Management* a pour objectif l'amélioration du fonctionnement social des personnes dans une visée de satisfaction et de succès participatif. Il vise à améliorer la qualité de vie. L'évaluation doit être un souci constant de l'instance de coordination selon les critères de fonctionnement global et de qualité de vie.

IV. Conclusion

En 2000, une population, les personnes handicapées psychiques, a pu faire entendre ses caractéristiques et ses besoins en terme de suivi de compensation des incapacités et des désavantages. Force est de constater que l'organisation

psychiatrique n'est pas toujours en mesure de répondre à ces attentes, du moins celles spécialisées qui concernent le processus de rétablissement.

En 2005, la législation a mis en place un cadre à la compensation du handicap où la vie participative dans la communauté est en première ligne.

Au cours de ces années, le champ de la réhabilitation psychosociale s'est précisé ainsi que ses liens avec la psychiatrie générale.

Un exemple :

- SROSS Rhône-Alpes (Plan Santé Mentale)
 - 1 programme de réhabilitation psychosociale par territoire de santé
 - 1 programme de soins résidentiels

- Bassin Grenoblois
 - Intersecteur de Réhabilitation psychosociale au sein du pôle Handicap Addictions Réhabilitation
 - Unité de réhabilitation psychosociale
 - Hôpital de jour de réhabilitation psychosociale
 - Equipe mobile de psychiatrie de liaison en secteur médico social
 - Programme de soins résidentiels
 - Réseau de soins (FIQCS)
 - Réseau RÉHPI (évaluation – coordination) en convention avec la MDPH.

En 2009 « Développer les structures et activités autour de la Réhabilitation Psychosociale et l'éducation thérapeutique » sont les termes en bonne place dans les orientations du rapport : Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie (17).

L'enseignement et la formation de personnels dédiés compétents dans les domaines de la neurocognition, du soutien éducatif, de l'évaluation des besoins et de la coordination restent à structurer et développer.

Bibliographie

- 1 - FARKAS, M. et al, : Centre de R.P. de Boston, « Disponibilité à la réhabilitation, une introduction » *Socrate réhabilitation*, 2005
- 2 - LIBERMAN R.P. : « Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques » Traduit de l'anglais par le Dr. F. Lelord, *Masson*, 1991, Paris
- 3 - BELLACK, A.S. : Réhabilitative Treatment of Schizophrenia, in *Comprehensive of Schizophrenia : a Textbook of Clinical Management* » *J.A. Lieberman ans R.M. Murray, Editors*. 2001, Taylor & Francis Group

- 4 - OMS – AMRP : Consensus Statement, 1996
- 5 - TESSIER, L., Clément, M. : « la réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 90 » *Gaëtan Morin Ed*, 1992, Québec
- 6 - DUPREZ, M. : Penser le handicap en Psychiatrie : enjeux et spécificité du handicap psychique. Thèse Médecine. Faculté de Médecine de Grenoble. 2007
- 7 - PROVENCHER, H. : « Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale » *Santé mentale*. 2006 ; 106 : 59-65
- 8 - GIRAUD BARO, E. : Réhabilitation Psychosociale en France. *Annales Médico Psychologiques* 165 (2007) 191-194
- 9 - WYKES, T. : In Manuel de réadaptation psychiatrique sous la direction de T. LECONTE et Cl. LECLERC 2004. Presses de l'université du Québec, 2003 – 97
- 10 - GIRAUD BARO, E., VIDON, G., LEGUAY, D. : « Soigner, réhabiliter. Pour une reformulation de l'offre de soins et de service ». *L'information Psychiatrique* 2006. 82 (4). 281-6
- 11 - ROELANDT, J.L., PIEL, E. : « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ». Juillet 2000
- 12 - CHARZAT, M. : « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. » Mars 2002
- 13 - CLERY-MELIN, P., KOVESS, V., PASCAL J.C. : « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ». Septembre 2003
- 14 - PLAN PSYCHIATRIE et SANTE MENTALE, 2005 – 2008
- 15 - LE LIVRE BLANC des partenaires de Santé Mentale en France – Juin 2001
- 16 - LOI N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées
- 17 - COUTY, E. : Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-MARQUIN, Ministre de la santé et des sports. Janvier 2009
- 18 - LEGUAY, D., GIRAUD BARO, E. et coll. : Manifeste pour la Réhabilitation Psychosociale. 5^{ème} Journées de Réhab, Versailles, 2008
www.rehabilite.org

- 19 - LECOMTE, T., LECLERC, C. (Dir) : « Manuel de réadaptation psychiatrique »
Presses de l'université du Québec, 2004. Québec
- 20 - DEEGAN, P.E. : « Le rétablissement comme processus de transformation »
Santé Mentale. 2006. 106 : 68-76
- 21 - MURRAY, R.M., SAMELE, C. : « Case Management of Patients with Schizophrenia In Comprehensive Care of Schizophrenia : a textbook of Clinical Management ». *J.A. LIEBERMAN and R.M. MURRAY Editors. 2001, Taylor & Francis Group.*