

théorie véritable, elles utilisent un certain nombre de critères : capacité de percevoir le monde affectif de l'autre, respect de son monde intérieur avec une capacité d'identification sans projection, neutralité sans jugements. Elles rendent de très nombreux services.

Les psychothérapies brèves

Le concept de psychothérapies brèves associe les notions de durée définie, de but thérapeutique désigné et de contrat précis. Il met en jeu une grande souplesse du psychothérapeute et la prise en compte de la vie réelle du patient. Dans ce cadre, on peut évoquer une capacité de réponse immédiate à un large champ de deman-

des dont les situations de crise. Les techniques dites de « flash », intervention brève éclairante pour le patient sur son fonctionnement dans une situation donnée peuvent, par exemple, être utilisées dans l'urgence.

L'évaluation

L'intérêt pour l'évaluation des psychothérapies, venu des pays anglo-saxons, commence à s'affirmer dans notre pays où le problème est comme le remarque J. Guyotat « *maintenant posé et mieux posé puisque la méthodologie s'est affinée* ».

Gérard Massé

La réhabilitation et la réinsertion des malades mentaux dépendants

Il n'y a pas de vie sans dépendance mutuelle : la fin de l'une est aussi celle de l'autre. L'autonomie est la capacité de se diriger selon ses propres normes, ou ses propres choix. Ainsi, la dépendance peut favoriser ou restreindre l'autonomie. La dépendance particulière résultant d'une maladie au long cours peut ou non compenser, voire aggraver les limitations d'autonomie.

En simplifiant, il est possible de présenter deux conceptions de la réhabilitation et de la réinsertion. Leur confrontation éclaire les blocages et montre comment y remédier. Pour l'une, un malade passe successivement par trois étapes, et progresse en passant d'un service à l'autre. D'abord, le soin thérapeutique traite la maladie et en réduit les symptômes. Ensuite, la réadaptation, ou réhabilitation, améliore les capacités du malade dans les gestes et activités ordinaires. Enfin, la réinsertion concerne l'intégration dans la société : droits sociaux, travail, logement, etc. Les

deux premières étapes concernent le secteur sanitaire, le troisième, le secteur social.

Selon l'autre conception, le découpage chronologique ne correspond pas à la réalité. Il s'agit en fait d'actions simultanées et coordonnées parmi lesquelles l'analyse permanente des situations permet de déterminer à chaque moment une action dominante. La mise en œuvre de réseaux entre partenaires professionnels est la condition permettant à chaque malade de construire son itinéraire personnel. La classification de Wood, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en 1976, est l'un des moyens choisis par la France pour moderniser les dispositifs sanitaires et sociaux, y compris l'intégration scolaire. Le cadre conceptuel permet de décrire de manière évolutive et dynamique les facteurs simultanés et hétérogènes qui unissent la maladie au long cours et les éléments de handicap. Une aide apportée sur un plan (maladie, déficience, incapacité, désavantage

social) produit aussi des effets indirects sur les autres. Seule une étude complète des quatre plans permet d'élaborer, d'évaluer et de réviser régulièrement les stratégies coordonnées de soins, de réadaptation et de réinsertion.

Les blocages actuels au développement harmonieux de la réadaptation et de la réinsertion des malades mentaux enfants et adultes tiennent d'abord au cloisonnement des dispositifs. Les rapports officiels soulignent la logique de filière, et même de clientèle, qui fait obstacle à la logique d'itinéraire personnel. D'autre part, les familles assurent une part très lourde de l'effort d'intégration sociale, et ne reçoivent pas l'aide nécessaire. Enfin, un mouvement venu d'Amérique du Nord met l'accent sur les nécessaires modifications de l'environnement, et veut minimiser la dimension médicale de la réadaptation et de la réinsertion des malades.

François Chapireau