

La formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie :

Des folies aux Faux-Lits

La folie est le rêve d'un seul. La raison est sans doute la folie de tous.

André SUARÈS

Comme l'a annoncé Bernard Kouchner lors de son discours aux journées de la santé mentale de l'O.M.S., l'hôpital psychiatrique à (trop ?) bien vécu, et de ce fait, il doit disparaître. Nous allons traiter la folie dans la ville, au sein même de la cité, en supprimant, non pas les hôpitaux, mais les lits qu'ils contiennent, puisque le discriminant comptable est le fameux lit ! Alors, au regard du rapport Piel et Roelandt, des pressions revendicatrices de la C.E.F.I.¹, la folie des faux lits ne va-t-elle pas avoir des conséquences sur l'ergothérapie, et donc sur les ergothérapeutes, si une formalisation des actes d'ergothérapie ne s'engage pas ?

En ce début de juillet 2001, le f(u)ameux rapport Piel et Roelandt vient de sortir publiquement et promet d'être le best seller de l'été. Au demeurant, notre propos relatif à la formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie s'appuiera sur ce rapport, ainsi que sur différents articles de ces psychiatres et sur le rapport public 2000² de la Cour des Comptes. En effet, les propos de Bernard Kouchner lors de la journée mondiale de la santé organisée par l'O.M.S. et célébrée dans le monde entier en avril dernier, sont fortement inspirés par les remarques et propositions du rapport de la Cour des Comptes. Ce discours, comme le rapport Piel et Roelandt, précisent clairement les orientations souhaitées pour la prise en compte de la santé mentale du 3^{ème} millénaire, son titre « De la psychiatrie vers la santé mentale » étant tout un programme. Il est un peu tôt pour présager du sort du rapport, glissera-t-il vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le tiroir, la poubelle ? Toujours est-il que, quel que soit son avenir, nous sommes concernés au premier chef par nombre de propositions de ce rapport et il en va de notre avenir si nous suivons les mutations génétiques préparées au niveau de l'infirmier visant la création du nouvel infirmier psy de l'an 2000.

Et la formalisation des actes ? Et bien, nous y sommes depuis le début de ce propos car, comment accompagner, précéder, tous les bouleversements du champ sanitaire psychiatrique si l'on ne sait pas ce que l'on fait et si l'on ne sait pas l'expliquer aux autres ? Nous ne pouvons nous exprimer que par rapport à ce que nous savons déjà, nos propres expériences, nos mots et de fait, nos propres conceptualisations implicites. La formalisation vise à ce que cet implicite vécu puisse devenir un explicite adopté. Mais cette adoption est toujours socialement codée et

¹ Nous vous renvoyons à la lecture du document élaboré par le CEFI et l'ANFIIDE que vous pourrez trouver à : http://www.serpsy.org/cefi/publications/spe_psyi.htm. Son titre est parlant (Une spécialisation en Psychiatrie et santé mentale, Pour quoi ? Pour qui ?) et son contenu éloquent...

² COUR DES COMPTES, Le rapport public 2000, Les éditions des Journaux Officiels, Paris, janvier 2001

l'accès à la langue passe, certes par le langage, mais aussi par la définition sémantique, technique, sociale et éthique. Il ne suffit pas de nommer pour agir, il faut y associer l'imaginaire, le symbolique et le contextualiser *in fine* dans la formalisation pour pouvoir partager. Une orthèse est-elle un mot, une aide technique ou un stigmate ? En tout état de cause, une orthèse est une différence devenant par la même l'instance de la formalisation. Il en est de même pour l'ergothérapie qui n'est rien d'autre qu'une différence et doit être l'instance de la formalisation socialement partageable de notre pratique. Nombre d'ergothérapeutes exerçant en psychiatrie ont mis en place une activité de secteur qui dépasse le cadre strict de l'hôpital de jour, du CATTP, d'autres sont dans le processus d'amélioration continue de la qualité, d'autres se préparent au PMSI psy... Le point commun de toutes ces démarches est la formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie, formalisation indispensable pour pouvoir tenir ensemble deux discours et deux logiques a priori antagonistes, dialogiques : l'administratif et l'humain, le comptable et le coupable. En effet, la psychiatrie n'échappera pas, d'une part au recueil de données relatives à l'activité des ergothérapeutes, et d'autre part, à la création de nouvelles modalités ergothérapeutiques issues de cette formalisation.

Pour avancer, faire avancer, il faut savoir ce que l'on fait, savoir quoi modifier. Or la connaissance de sa pratique est indispensable, mais n'est pas suffisante ; il faut aussi et surtout, pouvoir exposer les démarches cliniques, les objectifs thérapeutiques dans une langue non-clinicienne. Nous allons évoluer de plus en plus dans l'administratif, le vertical, l'objectif et le rationnel. Or, si nous voulons pouvoir partager notre discours, et de ce fait, notre pratique, cette dimension demande un discours adapté, un autre registre sémantique car « *les « choses » ont les propriétés des mots qui les causent*³ ». Que signifie le mot « clinique » pour un DRH, un directeur financier, un maire ? Quelle représentation porte la personne que nous accompagnons pour un ergothérapeute, un médecin, un directeur général, un éducateur spécialisé ? Que veulent dire ces termes que l'on nous incite à trouver synonyme : Client, patient, usager, bénéficiaire, malade⁴... Tout cela peut paraître trivial, mais si nous reprenons l'exemple de H.A. Simon, « je vis l'homme sur la colline avec le télescope », le langage commun nous donne au moins quatre interprétations possibles, combien pourrait nous en donner le linguiste ?

La formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie doit nous permettre d'envisager de nouvelles modalités d'exercice, notamment au niveau de l'hospitalisation complète ou partielle, compte tenu de la chute de la durée moyenne de séjour (D.M.S.) amorcées depuis plusieurs années et qui va devenir la règle absolue puisque un lit occupé devient trop coûteux. Entre 1991 et 1997, le nombre d'entrées en hospitalisation complète a augmenté de 20,5 % alors que pendant la même période, le nombre de journées réalisées a diminué de 17,5 % en moyenne⁵. La D.M.S. est passée de 53,5 jours en 1991 à 36,7 jours en 1997. Il y a eu un profond bouleversement des modalités d'accompagnements des personnes hospitalisées et cette tendance se doit d'être, non pas pérennisée, mais accentuée. La psychiatrie doit se fondre dans le schéma fonctionnel et politique de la Médecine Chirurgie Obstétrique (M.C.O.) puisqu'il est proposé d'arrêter purement et simplement toute hospitalisation complète dans les C.H.S. : il faut peu de lits et une rotation active de ces fameux lits⁶. Cette accélération pourrait se voir accentuée par les

³ LE BOT J-M., *Du développement durable au bien public : essai anthropologique sur l'environnement et l'économie*, à paraître, p 89

⁴ Lisez à ce sujet le livre de Philippe Lecorps, Jean-Pierre Paturet, *Santé publique Du biopouvoir à la démocratie*, Éditions ENSP, Rennes, 1999

⁵ Données extraites du rapport de la Cour des Comptes, janvier 2001, p 425

⁶ « *Il ne s'agit pas non plus de supprimer l'hospitalisation, mais de la ramener à une taille normale pour un secteur, c'est-à-dire entre 15 et 25 lits, ce qui est la capacité actuelle de nombreux secteurs en France.* », extrait de

propositions de modification de la loi de juin 90⁷ et qui pourrait voir « *la création d'un centre d'accueil « 72 heures », où se présenteraient les gens en urgence et qui serait en outre une porte d'entrée pour le soin obligatoire.* »⁸. Cette création impliquerait donc que pour qu'une personne puisse se faire hospitaliser, elle doive obligatoirement passer par ce centre, ne pouvant plus se présenter directement à l'accueil de l'unité d'hospitalisation. Ce centre aurait, et cela se pratique déjà dans certains centres hospitaliers généraux, pour vocation d'être un lieu d'écoute, d'observation, d'évaluation en vue d'une orientation à la fin de cette période de 72 heures. Il serait alors proposé un « retour à domicile » avec consultation, accompagnement en ambulatoire, une hospitalisation... Où l'on voit tout de suite que lors de ce temps d'observation, l'ergothérapie doit être présente afin de proposer une évaluation « ergologique »⁹ des personnes accueillies. Or, comme cela ne va pas de soi de voir des ergothérapeutes en consultation, il nous faut pouvoir formaliser les actes d'ergothérapie potentiellement réalisable dans ce type de structure et que cette démarche puisse être partageable avec les chefs de service, mais aussi avec les administratifs, voire les tutelles.

La formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie, c'est mettre en forme, rendre formel, intelligible pour les autres nos actes en tenant compte du destinataire. La formalisation des actes d'ergothérapie ne peut se mettre en place que si les ergothérapeutes acceptent « *cette mise en situation de traduction visant à leur faire dire autrement une autre [ergothérapie], et donc à instaurer par le fait une autre pratique de celle-ci* »¹⁰. En l'occurrence, cela revient dans le cadre de cet article, à envisager ce destinataire, comme étant un système d'information informatisé avec toute la logique qui en découle tant en termes de contraintes informatiques, qu'en termes d'interprétation de données chiffrées. Mais cela renvoie aussi à ouvrir notre discours vers les acteurs sociaux, locaux (maires, élus...) car nous entrons de plein pieds dans ce que nos collègues appellent la réadaptation. « *La tendance est à l'élargissement des possibilités d'accès aux soins et c'est un bien. Mais, si l'on permet ces entrées diversifiées, il faut également se soucier des portes de sortie du dispositif de soin sinon l'engorgement des filières est assuré et l'objectif de retour (ou de maintien de) dans la cité pour les usagers ne sera jamais atteint* »¹¹. Où l'on voit que la question de la sortie – et donc du maintien dans la cité – est clairement posée,

l'entretien donné par Éric Piel et Jean-Luc Roelandt : Demain la (vraie) fin de l'asile in *Santé Mentale*, N°57, avril 2001, p 10

⁷ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

⁸ Demain la (vraie) fin de l'asile in *Santé Mentale*, N°57, avril 2001, p 10

⁹ « *Il s'agit donc, pour utiliser une image et une terminologie kantienne, de passer de la description de la raison constituée à l'explication de la raison constituante, c'est-à-dire de rendre compte de ce qui, en l'homme, le rend à son insu capable de poser le monde, sachant qu'il pose ce monde de quatre manières différentes ou, plus exactement à partir de quatre capacités distinctes et pas seulement en le connaissant. L'homme se donne, certes, le monde à travers les mots qu'il produit ; à partir d'eux, désignant l'univers, il se l'explique, et ceci définit sa capacité logique. Mais l'homme se donne également le monde à travers son outillage ; il le fabrique et ceci rend compte, cette fois, de sa capacité technique. Si le monde de l'homme est à la mesure de ses mots et de ses outils, il est en outre à la mesure de son histoire ou, si l'on préfère de son inscription dans le social ; c'est à présent sa capacité ethnique qui se trouve en jeu. Enfin, dernier aspect, l'homme se donne tout autant le monde à travers ses désirs réglementés et ceci relève de sa capacité éthique.* » Présentation du Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur le Langage (LIRL) http://www.uhb.fr/sc_humaines/lirl/

¹⁰ LE GAC C., De l'exemple et de l'hypothèse en clinique, in *Tétralogiques*, Presses Universitaires de Rennes, n°13, 2000, p 23

¹¹ Rapport Piel et Roelandt, p 81

et peut-on l'espérer ouvertement posée. Cette ouverture que l'ANFE a sollicité auprès des autorités idoines en juillet et en septembre dernier, doit nous amener à des propositions basées, entres autres, sur un décret d'actes enfin remis à jour, et donc sur une formalisation des actes d'ergothérapie, notamment en psychiatrie. En effet, dans le rapport Piel et Roelandt, les deux seules fois où le mot ergothérapeute est cité, cela renvoie au travail¹² alors que nous savons que cette dimension est restrictive n'étant pas des *ponia* mais des *ergon*¹³. Il n'en demeure pas moins que nous devons partir de cette base de travail politique pour faire avancer les dossiers afin de pouvoir préciser nos actes et définir notre métier car, comme le soulignent Piel et Roelandt, « *Les divers professionnels, participant à l'action définie par la convention, doivent y être nommément désignés ainsi que leur rôle et le temps qu'ils doivent y consacrer.* (p 89) ». Ces définitions ne peuvent être inventées par d'autres que nous et doivent garantir (enfin ?) un travail réellement interprofessionnel où « *[toutes les professions] doivent aussi favoriser la mise en place d'actions innovantes, expérimentales dont l'initiative peut trouver son origine dans l'un ou l'autre champ mais toujours fonctionner avec des partenariats clairement identifiés*¹⁴ ».

Cela dit, nous voyons bien que notre discours est axé principalement sur le problème de l'avenir de l'institution C.H.S. et que nous avons mis de côté, à côté, la démarche des ergothérapeutes qui sont déjà dans la cité, comme si l'angoisse actuelle était l'avenir des professionnels et non, l'avenir de l'ergothérapie.

Il ne s'agit pas pour autant de rester béat devant ce rapport qui, sous couvert de volontarisme obligatoire, élude nombres de questions relatives à la démarche d'une santé publique profondément citoyenne car trop éloignée des considérations électoralistes des mois à venir. Il a néanmoins le mérite de poser quelques problèmes éthiques (ergothérapiques ?) comme le rôle et la place du travail dans notre société. « *Cela suppose que l'on cesse de penser a priori l'avenir des personnes et que, au contraire, on leurs permette d'élaborer, avec notre aide, des projets de vie « sans tabou ni exclusive ». La psychose, par exemple, est aussi une potentialité de l'être humain, un mode d'être au monde. Beaucoup de patients « résistent » à la réinsertion par le travail. L'insertion n'est pas que dans le travail mais aussi par la possibilité de trouver une*

¹² P 74 *Les ergothérapeutes. Les psychomotriciens.*

Eux aussi se trouvent devant la nécessité de repenser leur formation, leurs objectifs et leur rôle respectif dans la perspective de l'évolution de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale dans les années à venir. En effet, ils seront tout naturellement impliqués dans les futures actions de soin et d'insertion :

Pour les uns dans les stratégies à mettre en place pour l'accès au travail, que se soit en milieu protégé ou même en milieu ordinaire.

Pour les autres dans des stratégies à mettre en place, dans la communauté, notamment pour l'amélioration des capacités d'autonomisation.

P 87 *Favoriser l'intégration dans le milieu ordinaire.*

[...]Serait nécessaire, dans ce domaine, la création de fonctions, de type « thérapeutes en réhabilitation psychosociale » (Italie), intervenant en santé mentale communautaire, la mise à disposition d'ergothérapeutes et d'éducateurs techniques dans les structures sociales qui accueillent les patients pour la remise à l'emploi.

¹³ GUIHARD J-P., Et si l'ergothérapie était une thérapie politique ?, in *Ergothérapies*, Édition Techni Media Service, n°1, mars 2001, p 11

¹⁴ Rapport Piel et Roelandt, p 89

*place dans la société*¹⁵ ». Il en est de même pour le découpage holistico-globalitaire des CIH et autres classifications¹⁶.

Comme le précisent Piel et Roelandt, « *L'objectif de tout ceci est de permettre aux personnes, souffrant de quelque trouble psychique que ce soit, de choisir ses soins auprès de professionnels spécialisés recentrés sur leurs compétences, dans une société qui les aiderait à lutter contre la stigmatisation en restaurant le lien social...*¹⁷ ». Cet objectif nous renvoie à la formalisation des actes en tant qu'enjeu majeur de toute action politique des ergothérapeutes, mais aussi enjeu clinique, à moins de vouloir nous maintenir dans notre libre soumission au corps des mes deux seins.

¹⁵ Rapport Piel et Roelandt, p 85

¹⁶ *Peut-on véritablement espérer travailler au soin et à l'insertion des usagers de la santé mentale **sans poser la question de la Classification internationale des Handicaps, point d'appui du guide barème des CDES et des COTOREP**, qui renvoie à la distinction problématique entre handicap mental et maladie mentale ?* (en gras dans le rapport)

¹⁷ Rapport Piel et Roelandt, p 90