



Ixelles, 5 août 2021

## Newsletter 2021 n°2

### Les oignons

*J'avais souvent des maux d'estomac,  
rien n'aidait. Le chagrin, la confusion  
et la déception n'apparaissent pas très  
clairement à l'écran lors d'une gastroscopie*

*David Van Reybrouck, «Odes», Actes Sud, 2021, p 164  
«Odes», De Bezige Bij, Amsterdam, 2018  
traduction par Isabelle Rosselin*

Chèr(e)s collègues, chèr(e)s ami(e)s,

à la faveur de la pandémie, les Pouvoirs Publics se sont soudainement aperçu de l'importance de la santé mentale — mais sans s'interroger sur la spécificité de sa prise en charge. Sous l'empire du même lobby corporatiste de psychologues en mal d'identité, ayant sévi sous De Block, une **“convention”** vient de sourdre de la plume d'un groupe d'“experts”. Certes, «Un code INAMI vaut bien une messe – voire “a bloody mess”», dirait Henri IV... Mais on sait que l'opportunisme de ce protestant ne le préserva nullement de l'assassinat par un catholique fanatisé.

Non seulement cette convention pour psychologues cliniciens et pour psychologues “spécialisés” - non autrement définis - coule la pratique des psychologues dans des cases similaires à celle de la techno-médecine managériale des organes, mais elle assujettit les conditions de remboursement de leurs “actes” à la logique comptable des hôpitaux : un psychologue conventionné devra faire partie d'un réseau, lui-même rattaché à un hôpital qui organisera l'aspect financier des choses. On imagine que le DSM (nonobstant l'avis défavorable du Conseil Supérieur de la Santé) sera d'un grand secours pour cartographier les “troubles” et “problèmes”, justifiant des interventions calibrées susceptibles d'être remboursées selon des critères objectifs. Rien de plus dysfonctionnel et d'inutilement compliqué, on le sait, que la psychologie de la relation et la psychiatrie institutionnelle. Comment quantifier leurs actes ?

*Si la convention n'est pas un acte législatif mais administratif, elle peut néanmoins faire jurisprudence et emprisonner pour longtemps une pratique clinique digne de ce nom. C'est pourquoi, à l'initiative de nos collègues d'UPPsy-BUPsy, et de concert avec AppelPsy et KliPsy, nous avons décidé de saisir le Conseil d'État et de prendre pour conseil Maître Vincent Letellier, déjà bien au fait des arcanes et malversations de la loi De Block.*

*À première lecture, la "convention" proposée aux psychologues cliniciens – et qui risque donc de faire jurisprudence - non seulement met en péril leur autonomie et leur spécificité (imposition d'un modèle administratif et clinique de type médical et hospitalier, hétérogène à leur identité et à l'exercice correct de leur profession), mais :*

*1° elle viole le principe d'égalité entre psychologues de compétence égale, en avantageant financièrement ceux qui entreront dans ce système*

*2° elle favorise, en outre, les psychologues qui, en entrant dans cette convention, acceptent de facto - de par la nature de celle-ci - de violer leur Code de Déontologie - protégé et imposé par une loi – au niveau du registre capital du **secret professionnel***

*3° elle met ainsi en péril non seulement l'exercice correct de la psychologie clinique et de la psychothérapie, mais un des piliers de droit public (article 458 du Code Pénal sur le secret professionnel) par lequel le législateur belge a voulu soutenir l'organisation démocratique de notre société tout entière*

*4° elle viole enfin le principe d'égalité pour les patients eux-mêmes – et la loi sur les droits des patients - en pénalisant (par un non-remboursement) ceux qui auront choisi de faire appel à un psychologue non conventionné.*

**Nota Bene 1 :** *Cette pénalisation par un non remboursement INAMI est contraire à ce qui se passe lors du choix, par un patient, d'un médecin non conventionné. Inévitablement, ce sont les patients les plus démunis qui seront les plus pénalisés.*

**Nota Bene 2 :** *A priori, les psychologues cliniciens qui accepteront d'entrer dans la convention témoigneront : ou, de leur peu de souci de l'éthique et de la déontologie de leur métier, ou, de leur manque d'expérience clinique de celui-ci. Non contente de mettre à mal le principe d'égalité, cette convention favorisera donc les psychologues les moins compétents ou les moins regardants. Un effet paradoxal aussi regrettable - découlant de si bonnes intentions - n'aurait pas lieu si, avant de légiférer ou de réglementer en matière de **santé mentale**, le SPF avait à cœur de s'informer de la nature particulière de ce terrain, et de choisir avec moins de partialité et plus de clairvoyance ses interlocuteurs.*

Francis Martens

**Last but not least ...** En tant que cliniciens ayant choisi comme référence - sans exclusive, ni dogmatisme - le paradigme psychanalytique, il s'agit non seulement de défendre les conditions d'une pratique respectueuse de la réalité clinique, mais de faire respecter les implications éthiques et scientifiques du **modèle anthropologique** s'inscrivant dans le sillage de Freud.

**Dans les pages qui suivent**, vous trouverez une première analyse du texte de la convention par notre collègue **Hilde Descamps** (BUPsy, Beroeps Unie van Psychologen). Ensuite, en cette période d'effondrement des repères, de "post-vérité" et de complotisme tous azimuts, vous pourrez lire un texte éclairant de **François Rastier** (sémanticien, maître de recherche au CNRS) qui nous a déjà fait l'amitié d'un exposé à l'APPPsy, il y a quelques années. Vous aurez enfin le plaisir de lire en annexe le texte de la convention - ponctué par Norge - et de méditer sur le sort funeste d'un apostat ...



**Assassinat de Henri IV par Ravallac**  
**un catholique fanatisé (puis écartelé) le 14 mai 1610, à Paris, rue de la Ferronnerie**



*( à suivre p 43 )*

## **La nouvelle convention sur le «remboursement du psychologue» Pour tous ?**

par **Hilde Descamps** (UPPsy-BUPsy)  
traduction : Martine Vermeylen

*Fin juillet 2021, les psychologues ont été surpris par la nouvelle d'une nouvelle convention sur le "remboursement des soins psychologiques pour tous".*

*Cette convention offre beaucoup de choses positives. Le fait qu'il y aura un remboursement des soins psychologiques ambulatoires est symboliquement un grand pas, beaucoup en conviennent. Le fait que des représentants des patients, des experts d'expérience et des représentants d'organisations de familles de patients aient pu s'asseoir à la table et être impliqués est une bonne chose.*

*Les soins de santé mentale forment comme une maison avec de nombreuses pièces et volets, et il est important que la réglementation et la couverture médiatique des soins de santé mentale en tiennent compte. On s'attendait donc à ce qu'une convention qui parle de "remboursement pour tous" constitue une meilleure base pour cela.*

*La réaction initiale de jubilation s'est vite estompée lorsque le texte de la convention elle-même a été analysé. Quiconque regarde les petits caractères se rend vite compte qu'il n'existe pas de base aussi large.*

*Toute personne qui le signale se voit répondre qu'il ne s'agit que d'un document de base, qui doit encore être affiné. Mais ne devrait-on pas s'attendre à ce qu'un document de base commence par inclure toutes les possibilités et être plus large, puis devienne plus concrète et précise au cours du processus de raffinement ?*

*En pratique, ce n'est pas si simple. Examinons donc le texte de plus près.*

### **1. L'AUTONOMIE DU PATIENT ET DU PSYCHOLOGUE EST MISE À MAL**

*(Introduction) " Cette convention s'appuie sur la première convention intitulée « soins psychologiques de première ligne » et tient compte de nombreuses préoccupations et recommandations. " (p.2)*

*La convention sur les soins psychologiques de première ligne était initialement limitée en termes d'âge et de pathologies. Il est remarquable que ces limitations aient été supprimées dans cette convention.*

*Ces dernières années, il est apparu que les psychologues avaient refusé en masse de signer cette convention, ce qui n'était pas à cause de ces restrictions et certainement pas seulement*

à cause de la rémunération, comme on l'a souvent entendu. L'une des raisons est que le remboursement dans le cadre des soins psychologiques primaires dépendait d'une prescription du médecin. À ce jour, on ne sait pas combien de personnes finissent par consulter un psychologue indépendamment d'un médecin, mais le nombre est important. Lorsque ces personnes sont obligées de passer par un médecin (généraliste), elles sont obligées de raconter leur histoire deux fois, qui plus est à quelqu'un à qui elles n'ont pas forcément envie de se confier. Il s'agit d'un empiètement sur l'autonomie des personnes elles-mêmes, qui, après tout, ont pris la décision elles-mêmes de choisir leur psychologue, mais aussi sur l'autonomie du psychologue.

Nous verrons plus loin comment ce groupe de patients n'a pas non plus été inclus dans cette convention.

**Article 9, 12°** (le psychologue clinicien/orthopédagogue qui) est engagé pour l'ensemble des réseaux adultes/personnes âgées et enfants et adolescents, pendant au moins 8 heures par semaine. (p. 12)

Le psychologue/éducateur orthopédagogue est censé garder 8 heures par semaine libres pour les patients référés par le réseau. Il n'est donc pas libre de décider s'il a la place de commencer de nouveaux traitements - avec le risque que les traitements en cours en pâtissent.

En outre, dans le cadre des soins ambulatoires de santé mentale, de nombreux psychologues combinent une activité principale - par exemple dans une institution psychiatrique - et un statut indépendant dans une activité secondaire. Cette combinaison enrichit l'expérience et la profession, car elle permet une fertilisation croisée entre le travail en équipe au sein d'une certaine organisation et avec un certain groupe cible d'une part, et le travail indépendant d'autre part.

Pour beaucoup, une profession secondaire ne peut être combinée avec l'obligation de disposer de huit heures libres par semaine. La convention menace donc d'être impossible à réaliser pour les psychologues travaillant en tant que professionnel complémentaire, qui se resteront ainsi sur le bord du chemin, excluant d'emblée une partie de l'offre ambulatoire en matière de soins de santé mentale.

**Article 7, 3°** "Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés" (p.10)

Il va de soi que la coopération avec les médecins généralistes et les autres services fait partie de notre travail. Il est bien connu que de nombreuses personnes n'ont aucun souci à ce que le médecin généraliste soit informé de leurs problèmes.

*Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, il existe de nombreuses personnes qui, précisément en raison de la proximité du médecin généraliste, préfèrent chercher une aide qui ne leur est pas aussi familière, car cette proximité les empêche de parler librement.*

*La convention ne précise pas ce qui doit se passer si le patient n'accepte pas de contacter le médecin généraliste, et si cette possibilité existe sans que cela ait des conséquences sur le remboursement des séances. L'existence de la possibilité de ne pas informer le médecin généraliste est cruciale pour assurer la confiance dans la relation thérapeutique.*

**Article 6, 3°** *“La fonction psychologique spécialisée ne peut être remboursée qu’après une notification au réseau de soins psychiques spécialisés ambulatoires sur la base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau sur la notification et la gestion des soins” (p. 10)*

*Dans la convention, un médecin est impliqué de manière standard pour aider à déterminer si une aide spécialisée est nécessaire, et pour décider si un suivi supplémentaire par un psychologue est nécessaire. Cela signifie qu'un médecin, qui n'a souvent - à l'exception des psychiatres - aucune formation ou une formation minimale dans le domaine de la psychologie, peut être impliqué dans le processus de décision.*

*Nous tenons à souligner qu'il ne s'agit pas de sous-estimer les compétences ou l'apport du médecin. Ce qui est important, c'est qu'un groupe de professionnels n'ayant reçu aucune formation en soins psychologiques ou en psychothérapie soit appelé à contribuer à la réflexion sur la manière et le rythme d'un tel processus. Les médecins sont formés pour penser d'un point de vue médical, ce qui est profondément différent des soins psychologiques/psychothérapeutiques ; nous y reviendrons plus loin.*

*La seule alternative serait alors de toujours faire intervenir un psychiatre dans la consultation, mais cela n'est pas précisé dans la convention.*

*[ On pourrait se référer à l'article 7, 6° mais là, le psychiatre n'est mentionné que comme une possibilité.]*

*Quant aux psychologues et aux psychothérapeutes, ils sont formés pour évaluer une demande d'aide du point de vue des soins de santé mentale. La question est donc de savoir pourquoi l'orientation vers une aide spécialisée doit se faire en collaboration avec le médecin, et - encore et surtout - ce qui doit se passer si le patient n'accepte pas de consulter le médecin (généraliste). N'y a-t-il aucune possibilité alors d'obtenir un remboursement?*

## **2. LA CONVENTION EST BASÉE SUR UN MODÈLE TROP MÉDICAL**

*(Introduction) “Les missions regroupées sous la fonction de soins psychologiques de première ligne sont très accessibles et organisées dans l’environnement immédiat de la personne. En cas de problèmes psychiques légers à modérément graves, une prise en charge plus spécialisée est indiquée et est signalée au réseau de soins psychologiques spécialisés.” (p.4)*

*Comme c'est déjà le cas dans les soins de première ligne en Flandre, le point de départ est le principe de soins par étapes, qui est copié sur le modèle des soins somatiques, où le médecin généraliste est d'abord contacté avant l'orientation vers un spécialiste.*

*Dans le domaine de la santé mentale, cela pose problème lorsque les deux fonctions sont remplies par deux prestataires de soins différents. La transition vers un autre prestataire de soins n'est pas facile. Dans le cadre des soins de santé somatiques, il est généralement avantageux que le médecin ait déjà reçu les informations nécessaires sur l'affection pour laquelle il est consulté. Dans le cadre des soins de santé mentale, une personne doit raconter son histoire à un conseiller qui s'est déjà fait une image de la personne. Cette histoire est souvent accompagnée de beaucoup de honte et de tristesse. Cela peut parfois être thérapeutique, mais alors, il est préférable de le faire lorsque le client/patient est prêt à le faire, et non parce que cela doit être fait pour respecter le protocole de remboursement.*

*Pour certaines personnes, il peut être intéressant de prendre en compte la différence d'offre entre l'aide psychologique de première ligne et l'aide spécialisée et s'en tenir à cette transition par étapes, mais sans imposer ce modèle à tout le monde. Idéalement, les attentes du client sont prises en compte.*

*En outre, cette clause implique également une limitation en ce qui concerne le choix du psychologue. Nous y reviendrons plus tard.*

## **Article 2 " la maladie mentale sous-jacente " (p. 6)**

*Les problèmes psychologiques ne sont pas comme les problèmes médicaux. Ils sont souvent liés à des événements qui se produisent dans la vie ou dans l'environnement, qui entraînent une réaction et qui nécessitent un traitement psychologique pour tenir le coup. Souvent, les problèmes psychologiques ne sont pas éliminés, mais ils doivent être traités pour que les personnes puissent aller de l'avant.*

*Le deuil en est un exemple classique. Le DSM, un manuel couramment utilisé pour établir des diagnostics de santé mentale, parle de deuil pathologique, à partir d'une période de six mois. Dans l'expérience quotidienne, cependant, il semble que six mois soit une période relativement courte pour que de nombreuses personnes fassent le travail de deuil. Est-ce pour cela qu'ils sont malades ? N'est-ce pas la nature humaine que les gens aient besoin de temps pour ce travail?*

*Autre exemple : quelqu'un est licencié au travail. Lorsque les gens ont beaucoup investi dans leur travail, cela peut être très perturbant. Les personnes ont besoin de temps pour en parler, pour intérioriser l'événement, pour le laisser s'évacuer. Cela s'accompagne souvent d'une humeur dépressive ou d'une irritation. Est-ce pour autant que les gens doivent être considérés comme des malades?*

*On peut agir sur les phénomènes associés à cette période de transition, par exemple, la dépression ou l'anxiété qui apparaît alors. Cela ne signifie pas que les gens sont malades, et il est important de ne pas qualifier les problèmes de maladies, et donc de ne pas baser les soins de santé mentale sur un modèle médical, en partant d'un diagnostic pour concevoir un traitement.*

*Il y a quelque temps, le Conseil supérieur de la santé a publié un avis consultatif dans lequel il exprimait de sérieuses réserves quant à l'utilisation d'un diagnostic pour les soins de santé mentale. On pourrait faire valoir que la convention actuelle ne fait pas référence à un diagnostic. Lorsqu'elle parle d'une condition sous-jacente, il s'agit d'une formulation voilée de la même vision.*

### **3. NOTRE CODE DÉONTOLOGIQUE N'EST PAS COMPATIBLE AVEC CETTE CONVENTION**

**Article 7, 6°** *“Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques)”.* (p. 10)

NB Le code déontologique du psychologue stipule :

**Art. 29** *Le psychologue est responsable d'assurer la continuité des services professionnels rendus au client ou sujet, en ce compris la coopération avec d'autres professions. Il prend les mesures nécessaires lorsqu'il doit suspendre ou terminer son engagement.*

**Art. 45** *Lorsqu'un psychologue exerce diverses activités (par exemple expertise, diagnostic à la demande de tiers, thérapie, fonctions administratives, ...) il veille à ce que le client ou sujet soit au courant de ces divers types d'activités. Il précise toujours dès le départ à son client ou sujet dans quel cadre il le rencontre. Il s'en tient à une seule activité avec la même personne.*

[https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code\\_de\\_deontologie\\_fr\\_2018.pdf](https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code_de_deontologie_fr_2018.pdf)

*La convention telle qu'elle existe concerne le remboursement des soins psychologiques. Toutefois, le texte mentionné fait référence à la question de savoir si les soins sont encore et toujours nécessaires et s'ils peuvent être remboursés. Il semble considéré comme acquis que ces deux questions se recoupent, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Avec un nombre maximum de 20 séances par an, on peut supposer qu'il y aura des traitements dans lesquels un certain nombre de séances seront financées par l'INAMI, complétées par des séances à la charge du patient lui-même (si cela est possible?).*

*En pratique, cela signifie que le psychologue est, d'une part, responsable de la poursuite du traitement, mais qu'il est également appelé à décider de la poursuite du financement de ce traitement - une combinaison de positions qui n'est pas permise par le code de déontologie, et qui peut le mettre en conflit avec sa responsabilité en matière de continuité du traitement.*

*(Introduction) " d'un dossier patient multidisciplinaire partagé " (p. 5)*

*Notre travail dépend de la confiance dans le secret professionnel. Une confiance qui n'est pas seulement liée aux informations que le patient lui-même partage avec nous et dont il peut s'attendre à ce qu'elles soient gardées derrière des portes fermées. Le secret professionnel fait partie de l'ordre public. Elle doit garantir à ceux qui souhaitent consulter un psychologue que*

*cela puisse se faire dans le respect du secret professionnel. Cette nécessité a depuis été confirmée à plusieurs reprises par le législateur.*

*En outre, un dossier psychologique contient généralement des informations sur des tiers, et il est impossible de demander à ces tiers l'autorisation de partager des informations.*

*Les conditions de partage des informations du dossier du patient sont décrites par notre code de déontologie, qui stipule :*

**Art.19** *Le consentement libre et informé du client, du sujet ou de son représentant légal doit être obtenu avant tout enregistrement (par exemple : manuscrit, audio-visuel, informatique, etc.) des données qui le concernent. Ceci vaut également pour le transfert de données à quelque fin que ce soit*

*Lors de précédentes discussions avec l'INAMI, la question a été soulevée de savoir si le dossier électronique partagé du patient remplit cette condition, question qui n'a pas encore été clarifiée.*

**NB :** voir l'article de **Geneviève Monnoye** :

[http://uppsybupsy.be/IMG/pdf/conflit\\_de\\_valeurs\\_gm.pdf](http://uppsybupsy.be/IMG/pdf/conflit_de_valeurs_gm.pdf)

*Il reste que le patient doit accepter le partage de ces informations. La convention dont il est question parle du consentement du patient, mais il n'y a pas d'alternative dans le cas où le patient ne donne pas ce consentement.*

*Nous renvoyons à l'avis qui a été récemment formulé par le Conseil Supérieur des Indépendants et des PME dans ce domaine, qui a tenu compte de ces commentaires. Elle recommande qu'avant la création d'un dossier électronique, le consentement du patient soit demandé, conformément à notre code de déontologie et à notre éthique professionnelle.*

[https://385f4691-fbbb-4f76-bb1e-a4dae2a921fb.filesusr.com/uqd/dbba60\\_6a24a68ccfb44ccb979e2ee3d0822693.pdf](https://385f4691-fbbb-4f76-bb1e-a4dae2a921fb.filesusr.com/uqd/dbba60_6a24a68ccfb44ccb979e2ee3d0822693.pdf)

#### **4. LE LIBRE CHOIX DU PRATICIEN PAR LE PATIENT EST COMPROMIS**

**Article 9** *“les remboursements liés aux missions confiées aux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ne peuvent être utilisés que pour le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui a conclu une convention avec le réseau SSM.” (p. 11)*

*Dans la clause susmentionnée, la convention restreint le patient dans son libre choix du prestataire de soins, un droit qui lui est pourtant accordé par la loi sur les droits des patients, qui stipule ce qui suit :*

**Article 6** *Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.*

[https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lq\\_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lq_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F)

## 5. L'ORGANISATION EST TROP LOURDE ET LIMITE LE CHOIX ET LA PARTICIPATION DU PSYCHOLOGUE / ORTHOPÉDAGOGUE

**Article 11, 5°c** “Accords concernant l'intégration des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants (par exemple, rôle du cercle local de psychologues) dans la gouvernance et la collaboration dans le réseau SSM”. (p. 13)

Nous faisons ici référence à une plainte qui a déjà été mentionnée plusieurs fois : certains cercles de psychologues en Flandre ne sont pas indépendants, dans le sens où seuls les membres d'une certaine association professionnelle de psychologues peuvent entrer au conseil de direction. Cette plainte a déjà été signalée à l'association professionnelle en question et au ministre Beke, sans connaissance d'un résultat positif.

Lorsqu'une association de psychologues est impliquée dans un réseau régional de soins, on peut au moins s'attendre à ce que son comité de réseau soit indépendant et admette également des psychologues qui ne sont pas tous liés les uns aux autres.

**Article 9** “... le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui... participe aux interventions/supervisions avec les autres psychologues cliniciens/ortho-pédagogues cliniciens ou autres professionnels du réseau SSM. Ces interventions sont organisées localement et coordonnées par le réseau SSM”. (p. 11)

L'intervention et la supervision nécessitent une confiance dans les personnes et le groupe où l'on vient parler de ce qui se passe dans le cadre de ce traitement, entre le praticien et le patient. Si cette confiance fait défaut, la liberté d'expression, qui est nécessaire à la qualité de l'intervention, est entravée. Le libre choix du groupe où l'on va parler de son propre travail est donc une condition nécessaire pour que l'intervention/supervision apporte une valeur ajoutée.

**Article 11, 7°** “Par l'intermédiaire de l'hôpital, dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention”. (p. 13)

**Article 13 §2** Coût de l'hôpital pour la charge administrative (p. 15)

Tout comme pour l'accord sur les soins psychologiques primaires, il reste compliqué que l'on installe beaucoup de conditions administratives pour le traitement des dossiers qui font l'objet d'un remboursement. Il est surtout paradoxal que l'on confie l'administration et le financement des psychologues aux hôpitaux (la troisième ligne), alors que l'on prétend rendre les soins psychologiques de la première ligne plus accessibles.

---

## François Rastier

### *Après le postmodernisme : pour une reconstruction*

**Résumé** — Déconstruction et postmodernisme introduisent une coupure métaphysique dans l'histoire humaine. Ils récusent ainsi le projet historique et comparatif des sciences de la culture, comme des sciences en général, en relativisant et délégitimant le concept de vérité. Ils fondent ainsi le régime de la post-vérité. Il importe alors de formuler le programme d'une reconstruction.

**Mots clés** — Postmodernisme, déconstruction, post-vérité, sciences de la culture, reconstruction.

*Il n'y a plus d'après à Saint-Germain-des-Prés. Mouloudji*

Au milieu des années 1960, le manifeste épistémologique et méthodologique qu'avait constitué en 1945 le premier numéro de *Word*, où voisinaient Claude Lévi-Strauss, Jakobson et Cassirer, connaissait de grands développements, avec ce que l'on appelait alors le structuralisme, entendu comme méthodologie générale des sciences de la culture dans leurs dimensions historiques et comparatives.

Toutefois, avec *De la grammatologie*, Derrida publiait en 1966 un essai où il multipliait les critiques contre Saussure, sans nulle base textuelle documentée, formulant une accusation de « logocentrisme » — concept repris du théoricien nazi Ludwig Klages. Puis dans *La différence* (1968, in *Théorie d'ensemble*), Derrida sembla s'appropriier la différence saussurienne, mais en la rendant inutilisable, car soustraite à la problématique historique et comparatiste qui lui a donné naissance.

Il commençait un processus de destruction de l'entreprise scientifique, l'Abbau heideggérien, littéralement « mise à bas », euphémisé en « déconstruction »<sup>1</sup>. Le courant déconstructionniste commença à s'affirmer pour délégitimer les sciences sociales et la notion même de connaissance rationnelle. Cet irrationalisme de tradition nietzschéenne se recommandait des philosophies de la vie, Heidegger en premier lieu. Cependant, la légalité propre des objets culturels et la légitimité des sciences sociales se trouvait éludée, voire récusée.

<sup>1</sup> Le Maître employait aussi *Destruktion*, mais avec réticence, car ce mot n'est pas d'origine germanique.

*Ainsi, dès la fin des années 1960, de nombreux appels s'élevèrent pour en finir avec le structuralisme d'alors, qui devait beaucoup aux formalistes russes, de Propp à Jakobson, au motif apparemment politique que « les structures ne descendent pas dans la rue ». L'étude des textes fut déléguée à une sorte de freudo-marxisme qui en France s'autorisait d'Althusser comme de Lacan.*

*Le post-structuralisme s'appuyait sur l'invocation d'un dépassement de l'entreprise scientifique pour laisser place à un essayisme exalté<sup>2</sup>. Un tournant a eu lieu, et le révolutionnarisme anarchisant de 1968 a eu largement sa part dans cet anti-intellectualisme politique.*

*Pour aller de l'avant, tentons de clarifier ce qui advient après le postmodernisme et quelle reconstruction s'ébauche après la déconstruction, devenue un conformisme académique international, puis un idiome si commun qu'il n'est pas une tribune journalistique qui ne se propose de déconstruire ceci ou cela<sup>3</sup>. Bref, qu'advient-il après ces pensées coruscantes qui proclament mettre fin à l'histoire de la pensée ?*

### **1. Règnes et ruptures de l'histoire**

*Sans aucune nostalgie, Delphine Horvilleur écrivait : « Qu'on prenne le féminisme, le harcèlement sexuel, la question du genre, le cinéma, les conflits sociaux : tout était pensé selon un avant et un après. Selon nos dates de naissance, on ne pouvait pas se comprendre. Je m'aperçois que je suis très méfiante à l'égard des conceptions qui opposent nouveau et ancien monde »<sup>4</sup>. Or, Delphine Horvilleur est une femme rabbin, et la première coupure de l'histoire entre un avant et un après mit l'histoire humaine sous la rection de l'histoire du Salut: les juifs vivent sous le règne de la loi, sub lege ; les chrétiens, par l'Incarnation de Jésus et le martyr du Christ, sous le règne de la Grâce, sub gratia. Toutefois, le christianisme conserva l'Ancien Testament, sans prétendre le périmier, mais bien l'accomplir, en postulant que l'Ancien était une préfiguration allégorique du Nouveau.*

<sup>2</sup> Par exemple, la sémanalyse de Julia Kristeva mélangeait des rudiments de sémiotique à la psychanalyse lacanienne et introduisait des thèmes extatiques, comme celui de la chora, propre jusqu'alors aux thiasos dionysiaques. La metanoia est explicite chez Barthes quand on compare les *Éléments de sémiologie* (1964), d'une sobriété presque hjelmslévienne, au *Plaisir du texte* (1973).

<sup>3</sup> La notion de postmodernisme a été élaborée par Rudolf Pannwitz, philosophe alors proche du cercle de Stefan George et des courants de l'Allemagne secrète, pour approfondir la critique nietzschéenne de la modernité (*Die Krisis der europäischen Kultur*, 1917). Repris à partir des années 1950 par des théoriciens de l'art, notamment de l'architecture, le terme de post-modernisme s'est diffusé dans le monde culturel pour désigner une forme d'éclectisme agressif, alors que la déconstruction est issue du courant heideggérien de la philosophie ; mais ces deux courants ont assez vite superposé leurs étiquettes, chez des philosophes comme Lyotard (*La condition post-moderne*, 1979).

<sup>4</sup> Delphine Horvilleur : « Je n'avais jamais vécu une telle sortie d'Égypte » (entretien avec Anne Diatkine, *Libération*, 1.05.20).

*Seules les hérésies gnostiques, dont la plus connue reste celle de Marcion, refusèrent tout ou partie de l'Ancien testament, et développèrent un antijudaïsme de principe qui se développa ensuite en antisémitisme. Cette rupture en annonçait une autre, la rupture apocalyptique, thème majeur des millénaristes qui se sont succédés, depuis les Pauliciens, les Bogomiles, les Cathares, certains Anabaptistes, et de nos jours les courants ésotériques nazis appelant à un Reich de Mille ans. Heidegger en fut un des penseurs, et tout laisse à penser que pour lui l'Ereignis, l'Évènement majuscule qui ouvre une nouvelle époque, n'est autre que l'extermination des juifs. Cet écho néo-agnostique n'a rien de surprenant car, dès sa thèse en 1928, Hans Jonas avait décelé cette parenté<sup>5</sup>.*

## **2. Le post-modernisme, un antimodernisme ?**

*Épouvantés par la Révolution française, les idéologues réactionnaires se sont attachés à détruire le concept d'humanité par des théories racialistes (chez Gobineau notamment) des conceptions irrationalistes (de Schopenhauer à Nietzsche), une esthétique du pathos (depuis Burke). L'éthique de l'autonomie et de la libération sociale fut récusée par un certain satanisme romantique qui faisait de l'inversion des valeurs une vertu suprême, de Sade à Lautréamont.*

*Héritier de ces auteurs, André Breton reconnaissait dans les mouvements radicaux du futurisme, du dadaïsme et du surréalisme un prolongement du romantisme tardif dont il serait « la queue ». Semé de termes marxisants, le langage révolutionnariste de la rupture décisive fut réélaboré par Guy Debord, auteur du célèbre film Hurlements en faveur de Sade. Il devint la koinè des groupes d'ultragauche depuis 1968 et plus récemment du Comité invisible – qui se réclame de Debord comme d'Agamben.*

*La démocratie est évidemment une des premières cibles de ces radicalismes soucieux d'en finir avec l'héritage des Lumières — voir notamment le collectif La démocratie, dans quel état ? (La Fabrique, 2009) qui recueille notamment des contributions de Nancy, Badiou, Agamben, Zizek. Les droits de l'homme, les cosiddetti diritti (prétendus droits) d'après Agamben, sont également récusés par Badiou comme une dangereuse illusion.*

*Ainsi, sous des dehors révolutionnaires, le post-, décliné de mille manières, de la postlinguistique à la postvérité<sup>6</sup>, s'oppose aux principes positifs de la modernité et des Lumières, aux lois rationnelles et morales, pour promouvoir la forme sophistiquée de l'obscurantisme qui serait une libération de ces lois. Pour cela, la pensée postmoderne prolonge et reprend les postures messianiques, en évoquant le Messie des derniers jours<sup>7</sup>.*

<sup>5</sup> Sur tout cela, on peut rappeler l'ouvrage classique de Norman Cohn, *Les fanatiques de l'Apocalypse*, Paris, Aden, 1962) ; et pour ce qui concerne Heidegger, l'auteur, 2018a.

<sup>6</sup> En forgeant la notion de contre-culture en 1965, Leslie Fiedler annonce avec ce terme une culture « post-humaniste, post-mâle (post-male), post- blanche (post-white)... » (voir « The New Mutants », Partisan review, 1965, vol. 32). À présent, en sciences sociales, les recherches « post-disciplinaires » reçoivent des financements de plus en plus importants.

<sup>7</sup> Voir au besoin l'auteur, 2018.

*De Arendt à Agamben, elle fait un révolutionnaire de Sabbatai Zevi, le faux messie qui proclamait que l'accomplissement de la Torah réside dans sa transgression. L'abolition de la Loi devient ainsi un ressort majeur de la déconstruction. Derrida se présente d'ailleurs à maintes reprises comme un « marrane », mais l'on sait les rémanences gnostiques et les concessions à l'antinomisme marrane de la Kabbale d'Isaac Louria, le maître de Sabbatai Zevi.*

*Derrida se fonde sur Heidegger, qu'il appelle son « contre-Maître »<sup>8</sup>. Heidegger voulait restaurer une Origine mythique, mais pour abolir tout ce qui l'a suivi, et qu'il assimile à « l'Oubli de l'Être ». Le retour aux présocratiques devient le prétexte à la destruction revendiquée de la philosophie et l'ellipse générale de l'histoire des idées. Bien que transposé « à gauche », ce geste sera répété par Derrida, pour faire silence sur les sciences de la culture et la philosophie des formes symboliques (Cassirer, déjà pris pour cible par Heidegger, reste banni), et pour pratiquer des lectures antinomistes de l'histoire des idées, au mépris des sources<sup>9</sup>.*

*Dans les termes d'un hégélianisme tardif et vulgarisé, on a pu arguer que le post- conserve ce qu'il dépasse. C'est faux, car la postmodernité répète le geste le plus contestable du radicalisme : le nemo ante me. Péremptoire et éliminateur, ce geste ne peut justifier l'injustice faite au passé qu'en invoquant sur le mode messianique une justice future. Le postmodernisme se place ainsi après la fin de l'histoire à laquelle il prétend mettre fin, et réarticule pour cela des thèmes apocalyptiques du millénarisme. Par ses étranges prophéties dans les Cahiers noirs, Heidegger se posait en Messie des derniers jours. Agamben poursuit dans cette veine avec *La comunità che viene*<sup>10</sup>, imité ensuite par ses disciples du Comité invisible, avec *L'Insurrection* qui vient<sup>11</sup>.*

<sup>8</sup> On sait que Heidegger reste un des Pères spirituels du post-modernisme : Derrida, Agamben, Vattimo s'en revendiquent, tout comme Lacan, Foucault (qui ne l'a pas affiché), mais aussi Nancy, Badiou, Zizek, etc.

<sup>9</sup> Derrida refuse expressément de considérer les textes autographes de Saussure (cf. *De la Grammatologie*, Paris, Minuit, 1966, p. 74, n.).

<sup>10</sup> 1990, rééd. Turin, Bollati Boringhieri, 2001.

<sup>11</sup> Paris, La Fabrique, 2007.

### 3. La déconstruction des sciences de la culture

*Les sciences de la culture étaient plus connues au 19<sup>e</sup> siècle sous le nom de sciences historiques. Or l'histoire humaine ne connaît pas de coupures<sup>12</sup>, même si toute tradition est faite aussi de ruptures, de déshérences et d'oublis volontaires. Seule l'histoire sainte peut imaginer une rupture définitive. Le post- entend précisément incarner une rupture totale dans la pensée : il récuse en effet l'histoire, la rationalité, les principes élémentaires de la définition et du débat aporétique, puisque ses adeptes multiplient à dessein les apories. En rompant avec l'histoire, le post- exclut le contexte ; par exemple, l'architecte star du post-modernisme en architecture, Rem Koolhaas a pris pour mot d'ordre Fuck the context !, tout en concédant que ses mots avaient été mal interprétés, car coupés de leur contexte.*

*Faute de méthode critique, le post- reste donc dogmatique, bien qu'il se prétende hypercritique: il périmé par une méthode uniformément péremptoire qui ne s'embarrasse pas des sources et, sous prétexte d'ouverture infinie des interprétations, rend toute interprétation indéfiniment réversible.*

*Ayant détruit ou récusé par avance les catégories qui pourraient permettre de faire son histoire, ayant théorisé son hétérogénéité et son indifférence aux contradictions, le post-remplace la régulation théorique par l'agressivité académique à l'œuvre dans les Culture Wars. Le post- échappe ainsi à toute réfutation, et le seul moyen d'en décrire le développement, c'est de se détourner de l'histoire des idées pour se limiter à l'histoire académique.*

*Refusant toute définition, toute méthode explicite et même toute explicitation, le discours postmoderne suppose une connivence d'initiés. Ses adeptes peuvent ainsi prétendre que les critiques l'ont mal compris, quand bien même ils souligneraient ses contradictions assumées. C'est là la force de la pensée faible, il pensiero debole, selon la formule fameuse de Gianni Vattimo. Le « débolisme », comme l'a nommé Umberto Eco, peut transformer sa faiblesse en une force arbitraire qui s'appuie sur l'absence de toute définition et de toute argumentation réfutable.*

*Le postmodernisme vient après la modernité pour s'élever contre elle : pour en finir avec l'exigence de rationalité, il juxtapose des thèmes rhapsodiques, sans principe autre que d'immerger le lecteur, et de séduire par une mièvrerie anecdotique qui culmine dans l'indistinction sémantique d'une anomie intarissable. Les autodéfinitions identitaires, comme des formules baptismales, semblent créer un monde qui s'engendre lui-même, sans lien avec l'histoire des idées, ni même avec celle du monde social.*

<sup>12</sup> Il n'est pas exclu au demeurant que l'ouvrage de Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, en 1962, ait légitimé une conception faussée de l'histoire des idées. Chaque nouveau paradigme périmant le précédent, alors même que la géométrie euclidienne ou la physique newtonienne ont été intégrées à des théories plus puissantes, sans être périmées pour autant : simplement, leurs conditions de validité ont été précisées.

#### **4. Le plus court chemin vers la post-vérité**

*La théorie du discours selon Foucault est celle d'une performativité généralisée : c'est la couche sémiotique d'une pratique qui la détermine ; en d'autres termes, les discours sont constituants et instituants. Cela pose les idéologies non seulement en critères du réel, mais les place au fondement de l'épistémologie, qui devient le lieu d'une lutte politique, car toute vérité est imposée par un Pouvoir.*

*Quand en 1979, faisant écho à Hannah Arendt, Jean-François Lyotard dans *La Condition postmoderne* (Paris, Minuit) reprit au philosophe John Austin le thème de la performativité qui caractérisera la conception postmoderne du langage. Est dit performatif un énoncé dont l'énonciation accomplit un acte. Austin néglige toutefois de rappeler que la théorie des*

*performatifs, d'origine sophistique, fut élaborée au 13<sup>e</sup> siècle, notamment par ses prédécesseurs à Oxford, comme Roger Bacon et Robert Kilwardby, qui formulaient alors une théorie des formules sacramentelles. Le succès ou « félicité » d'un performatif dépend ainsi d'un magistère dogmatique, jadis celui de l'Église, aujourd'hui celui des universitaires déconstructeurs. On comprend mieux pourquoi Judith Butler, dans *Troubles dans le genre*, a repris de Lyotard la théorie de la performativité, puisque le genre est instauré par son énonciation. Ainsi le coming out devient-il un second baptême dont le bénéficiaire est aussi l'officiant, born again qui opère une révélation identitaire par sa propre désignation.*

*Cette conception magique du langage dote les universitaires déconstructeurs d'un pouvoir inespéré, mais discrédite l'objectivité des faits scientifiques, qui ne seraient que des assertions partagées. Par exemple Bruno Latour estimait que le bacille de la tuberculose n'existait pas avant Koch, et confondait étrangement découverte et invention en décrivant comment deux astronomes peuvent dans leur nuit d'observation inventer un quasar. Les scientifiques débattent, certes, mais cela ne fait pas de la science une sophistique où les faits seraient non seulement « visibilisés », mais institués par le langage.*

*Chaque individu, chaque groupe institue sa vérité. Dans son cours de l'hiver 1933 sur *l'Essence de la vérité*, Heidegger décrivait la vérité comme l'expression de l'essence du peuple allemand. Si la vérité est l'expression d'une identité, aucune identité ne peut entrer en débat avec les autres, et ne peut que les dénier.*

*Des versions affaiblies mais non moins agressives de la théorie de la vérité se sont répandues, issues elles aussi de philosophies de la vie, mais dans leur version individualiste : la vérité se résume à mon ressenti, à mon vécu, voire « mon intuition » — comme disait Donald Trump. Ainsi le préjugé personnel peut-il revêtir plus de légitimité que tout fait établi. La post-vérité invoquait des « faits alternatifs » sur lesquels se fonder, comme le prétendait Kellyanne Conway, naguère porte-parole à la Maison Blanche ; mais il restait encore là une prétention à l'objectivité de faits imaginaires : avec la post-réalité, la confusion va aller encore plus loin.*

## 5. Du post-modernisme au complotisme ordinaire

*Parti de la théorie relativiste de la vérité, le post- récuse la rationalité en général.*

*Le postmodernisme est devenu ainsi l'idéologie officielle la plus répandue dans les universités de sciences sociales à l'échelon international. De Séoul à Delhi, Buenos Aires ou Tokyo, on retrouve les mêmes références, de Foucault à Derrida et Agamben. En outre, en quelques décennies, le postmodernisme a largement pénétré les milieux intellectuels et médiatiques, et par là l'opinion publique. Son relativisme de principe donne une sorte de caution théorique au complotisme ambiant.*

*Face aux dangers politiques, sanitaires et environnementaux, l'abandon du principe de réalité reste aussi séduisant que dangereux. En voici quelques exemples.*

*La gnose médiatique. — Le film Matrix, référence de la pop-philosophy (voir notamment le collectif d'Alain Badiou et coll., Matrix, machine philosophique) reprend la thèse gnostique du monde apparent comme conspiration globale. Ce film est tout à la fois complotiste et apocalyptique puisque l'Apocalypse a bien eu lieu mais reste cachée à l'humanité par un complot universel : le héros qui doit la lui révéler, Neo (celui qui vient après le post-) devient ainsi le libérateur mythique annoncé par la prophétie. Clin d'œil à la pop philosophie, Neo lit Simulacre et Simulation, le livre où Jean Baudrillard théorise la notion de « disparition de la réalité ».*

*Dans une veine analogue, le best-seller de Michael Hardt et Toni Negri, Empire, exploite la notion d'altermondialisation pour dénoncer le complot mondial : l'Empire est en effet « la puissance souveraine qui gouverne le monde » (Préface, §1), autant dire le Prince de ce Monde.*

*À présent, digne représentant de l'Empire américain, Elon Musk, l'oligarque le plus riche au monde, déclare que notre monde est une simulation informatique créée par des extra-terrestres.*

*Le complot objectif. — Dans un entretien intitulé « L'état d'exception est devenu la condition normale » (Le Monde, 28 mars 2020), Giorgio Agamben, philosophe renommé de tradition heideggérienne, justifia ainsi sa formule sur « l'invention d'une épidémie » : « Quand on parle d'invention dans un domaine politique, il ne faut pas oublier que cela ne doit pas s'entendre dans un sens uniquement subjectif. Les historiens savent qu'il y a des conspirations pour ainsi dire objectives, qui semblent fonctionner en tant que telles sans qu'elles soient dirigées par un sujet identifiable ». Ce propos marque une nouvelle étape dans l'histoire du conspirationnisme contemporain : alors que jusqu'alors une conspiration visait à donner une interprétation fautive d'une situation objective, ici, c'est la situation objective elle-même qui devient une conspiration.*

*Ainsi les faits et la réalité de ce bas monde ne correspondent-ils pas à la vérité. Si les complots sont « objectifs », pour la théologie politique selon Agamben, c'est que l'objectivité même relève d'un complot. Avec la thèse de la réalité comme complot, Agamben renoue avec le gnosticisme le plus radical : ce monde est la machination d'un mauvais démiurge. Heidegger avait annoncé cela, par sa théorie de la *Machenschaft* qui impute aux Juifs ce rôle malin. Bref,*

*le monde illusoire du démiurge est celui d'avant, l'ancien monde, celui de la culture et de la tradition enjuivées.*

*Pandémie et infodémie. — Dès lors, le principe de réalité n'est qu'un fauteur d'illusion ; et la vérité peut s'affranchir de tout protocole scientifique de validation. Ainsi, le professeur Raoult s'est-il taillé une célébrité mondiale en se posant en thaumaturge : il prétend toujours soigner la covid-19 par un dérivé du quinquina dont l'inefficacité en la matière a été prouvée.*

*Or il se réclame du postmodernisme, notamment dans son ouvrage intitulé De l'ignorance et de l'aveuglement. Pour une science postmoderne (2012). Comme le post-modernisme prétend inaugurer une ère nouvelle où les règles anciennes n'ont plus cours, le professeur Raoult s'affranchit des protocoles expérimentaux. Déjà, dans Dépasser Darwin (Plon, 2010), il écrivait: « Ce sont les philosophes postmodernes français qui, au XX<sup>e</sup> siècle, ont révolutionné l'approche de la recherche. À mon sens, nous devons beaucoup, en effet, aux philosophes de la déconstruction : Foucault, Deleuze et Derrida ». Et Didier Raoult d'ajouter : « La déconstruction a ceci de bon qu'elle permet de revenir à une véritable observation des choses [...] nous avons une difficulté intellectuelle à sauter le pas, à détrôner le dogme scientifique en vigueur. La déconstruction, en faisant tabula rasa de ce que l'on croit savoir et tient trop vite et trop fermement pour acquis, permet cette audace créatrice » (p. 27). Le monde social et politique devient en revanche inconsistant et purement illusoire : « Les hommes politiques sont tous des hologrammes »<sup>13</sup>. Raoult alimente discrètement une rumeur complotiste, qu'il se garde de démentir, selon laquelle la pandémie aurait été l'œuvre des grandes firmes pharmaceutiques – qui ne verraient dans son remède-miracle qu'une concurrence inadmissible et interdiraient son homologation.*

## **6. La dialectique déconstructive**

*Retraçons synthétiquement les moments de la dialectique déconstructive, dans sa prétention à mettre fin à toute dialectique.*

*1/ L'inversion des valeurs définit l'antinomisme, de tradition dans les courants gnostiques. Banale, des Sorcières de Macbeth jusqu'à Nietzsche, cette inversion fut revendiquée comme une rupture radicale sinon révolutionnaire, du Viva la muerte ! du général franquiste Millán-Astray, jusqu'au slogan La guerre c'est la paix dans 1984.*

*2/ Après l'inversion des valeurs vient un relativisme où chacun détermine à sa guise valeurs et catégories. Cela fait de chaque individu, de chaque groupe identitaire, une sorte de monade d'autant plus isolée qu'une identité ne peut alors être comprise et évaluée que par elle-même. Au plan éthique, toute pratique usuelle, même dégradante ou meurtrière, peut alors se voir justifiée au nom du relativisme culturel. Au plan gnoseologique, la vérité est réduite à une croyance.*

<sup>13</sup> Rappelons que Raoult a déclaré que la pandémie actuelle était une simple grippe, pas plus dangereuse que les « accidents de trottinette ». Il nie le réchauffement climatique, et s'est vu porté aux nues par Trump, Bolsonaro et des courants importants de l'extrême-droite internationale.

3/ L'absence de normes ou anomie conduit à l'indifférenciation. On salue l'ouverture indéfinie des interprétations, toutes mises sur le même plan. Comme tout se vaut, il faut sortir de la pensée catégorielle : d'où par exemple la critique du binarisme dans la théorie du « genre »<sup>14</sup>, et à présent 20% des adolescents se disent « non-binaires ». Comme la dialectique suppose de distinguer pour articuler, c'en est fini de la notion même de logos, tout à la fois discours organisé et rationalité minimale. Et comme la contradiction n'existe plus, la méthode aporétique n'a plus de légitimité.

4/ La post-vérité dépasse enfin le négationnisme : il ne s'agit plus de nier une vérité historique en la critiquant par un discours pseudo-scientifique, mais de multiplier les affirmations qui discréditent la notion même de vérité – et bien entendu les principes de la connaissance scientifique.

5/ La « déconstruction » du monde objectif commun, tel qu'il est reconnu par les sciences, et celle du concept même d'humanité, lié à des valeurs universelles, laisse alors place à un complotisme théoriquement refondé, de Jean Baudrillard à Giorgio Agamben. Le mouvement QAnon a récemment concrétisé l'irruption politique de ce complotisme renouvelé.

Des étapes de ce mouvement dialectique d'ensemble se chevauchent chez la plupart des auteurs ; mais arrivée à son stade suprême, la déconstruction permet de passer de la négation totale à l'affirmation inexpugnable, puisque la croyance conspirationniste échappe à toute contradiction.

Ainsi se crée un monde parallèle, qui n'est pas un simple imaginaire, puisqu'il entend éliminer la réalité, en s'arrogeant son autorité, comme la métapolitique prétend périmier la politique. La déconstruction n'était donc qu'une première étape, sceptique et relativiste, pour l'établissement d'un dogme absolutiste.

## **7. Les Lumières d'après la catastrophe et le projet de la reconstruction**

Alors que le postmodernisme se recommande de la déconstruction, il est nécessaire de tracer le programme d'une reconstruction, pour des raisons non seulement épistémologiques, mais aussi éthiques et politiques. Elle commence par la reconstruction du concept d'humanité. Les menaçantes prophéties sur la « mort de l'homme » ont eu le mérite de rappeler qu'après l'extermination le concept d'humanité n'allait plus de soi : il reste à (re)construire, au sens où « l'homme est un survivant ». Plusieurs voies convergentes pourraient y conduire.

— Les humanités et leur idéal d'éducation n'ont aucunement démerité, mais doivent et peuvent se renouveler. Dans la tradition de l'humanisme et dans des conditions nouvelles de mondialisation de la culture, elles permettent de concevoir l'humanité à partir des humanités, en réfléchissant notamment la littérature mondiale.

<sup>14</sup> Voir au besoin l'auteur, « Vestiges de l'Amour et mystiques du genre », Mézetulle, en ligne : <https://www.mezetulle.fr/vestiges-de-lamour-et-mystiques-du-genre-par-francois-rastier/>

— Une anthropologie culturelle qui tienne compte de la genèse et de l'histoire comparée des cultures doit pouvoir refonder le cosmopolitisme kantien au-delà de l'universalisme qui lui a donné naissance : il s'agit de décrire la genèse des cultures pour discerner comment l'hominisation se poursuit dans l'humanisation.

— L'épistémologie contemporaine a développé une conception de la rationalité plus large que la logique classique, de manière à rendre compte des phénomènes complexes, et les sciences de la culture peuvent ainsi lier de mieux en mieux la diversité humaine au concept d'humanité. Alors qu'un irrationalisme complaisant règne dans certains milieux intellectuels littéraires, philosophiques et médiatiques, les sciences de la culture connaissent de grandes avancées, en histoire, en archéologie, mais aussi bien entendu en linguistique et en anthropologie.

— La réflexion sur les arts peut permettre, par leur exemplarité même, d'approfondir le concept de culture : depuis que la beauté a cessé d'être une valeur esthétique, on pense que l'esthétique se trouve à jamais découplée de l'éthique, mais ce préjugé doit être mis en question, car toute œuvre engage une responsabilité.

— L'éthique d'après la catastrophe se trouve, à l'état pratique, dans la littérature de l'extermination chez des auteurs comme Jean Améry, Primo Levi, Robert Antelme, Rithy Panh : c'est le témoignage qui permet à l'homme survivant de se comprendre et de demander justice.

Michel Borwicz évoquait au passé « la force de la continuité culturelle qui faisait en l'occurrence subsister l'esprit humaniste au cours d'épreuves inhumaines » ; mais il évoque au présent « la continuité de l'esprit antihumaniste qui s'épanouit dans le courant des années exterminatrices » (1973, p. 46), et dont maintes résurgences présentes se manifestent dans la pensée contemporaine. Certes, la barbarie peut aussi prétendre à l'universalité.

Ces deux continuités dessinent deux figures de l'humanité, celle qui s'efforcerait à la paix et celle qui deviendrait universellement corrompue par ses propres crimes. Comme l'inhumanité, l'humanité est l'enjeu de traditions et de transmissions. Acquisie et non plus garantie par l'âme ni le patrimoine génétique qui l'a remplacée dans l'imaginaire, elle peut être perdue dès lors qu'elle cesse d'être transmise.

Jamais cependant l'humanité n'a été aussi objectivement unifiée par des menaces communes, qu'elles soient sanitaires ou environnementales et politiques, mais aussi, subjectivement, par la revendication des droits humains, des libertés, de l'éducation, de l'autonomie personnelle, de la démocratie. La déconstruction a eu lieu, la confusion règne : la reconstruction devient nécessaire, impérative.

François Rastier

## **Références**

*Badiou Alain, et al., Matrix : machine philosophique, Paris, Ellipses, 2003.*

*Borwicz Michel, Écrits des condamnés à mort sous l'Occupation, Paris, Gallimard, 1973.*

*Chibber Vivek, Postcolonial Theory and the Specter of Capital. London/New York, Verso, 2013.*

*Hardt Michael et Negri Antonio, Empire, Paris, l'Éclat, rééd. UGE, 2004.*

*Hicks Stephen, Explaining Postmodernism: Skepticism and Socialism from Rousseau to Foucault, Tempe, Arizona / New Berlin, Milwaukee, Scholarly Publishing, 2014.*

*Rastier François, Heidegger, Messie antisémite, Lormont, Le bord de l'eau, 2018.*

*Rastier François (à paraître) « Cassirer, Heidegger et les sciences de la culture », in Emmanuel Faye et coll., dir. (sous presse), Cassirer et Heidegger. Un siècle après Davos, Paris, Kimé.*

*Roza Stéphanie, La gauche contre les Lumières, Paris, Fayard, 2020. 12*

*Tertulian Nicolas, Modernité et antihumanisme, Paris, Klincksieck, 2019.*

---

# Annexe

## INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Avenue Galilée 5/11 1210 Bruxelles

### Service des soins de santé

#### **Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et le réseau de santé mentale XXX concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires.**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6°bis ;

Sur proposition de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, en concertation avec les représentants des médecins, des psychologues cliniciens/orthopédistes cliniciens, des organisations de patients et de familles et des réseaux de soins de santé mentale (SSM),

Il est convenu ce qui suit, entre,

D'une part,

Le Comité de l'assurance soins de santé, institué au sein du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, représenté par le responsable exécutif du Service des soins de santé de l'INAMI,  
Ci-après dénommé "le Comité de l'assurance".

Et d'autre part,

Le réseau santé mentale adultes XXX, ci-après dénommé « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé publique une convention « *relative à la participation au projet article 107 en vue du financement d'un coordinateur de réseau et d'un réseau SSM au sein d'une zone d'activités spécifique* » en exécution de l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et prénom)  
ou

Le réseau de soins de santé mentale enfants et adolescents XXX, appelé ci-après « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé publique une convention « *concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* » en exécution de l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et prénom)



ou

le réseau de soins de santé mentale de la Communauté germanophone, ci-après nommé « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX, portant le numéro INAMI XXX et le numéro KBO XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé Publique une convention « XXX », conformément à l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et pré-nom)

- l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, représenté par le directeur général de l'hôpital, (nom et prénom),  
Ci-après dénommé « l'hôpital ».

## Introduction

Le 2 décembre 2020, un Protocole d'accord a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les Régions et Communautés sur une approche coordonnée visant le renforcement de l'offre de soins psychiques, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de COVID-19.

Ce protocole est également conforme aux engagements de l'accord du Gouvernement fédéral qui stipule, entre autres, que « *les soins de santé mentale sont abordés de la même manière que les soins de santé somatique en termes d'accessibilité, de qualité, de proximité et d'accessibilité financière, et à cette fin, des efforts sont faits pour que les soins soient très accessibles, ambulatoires et communautaires et qu'ils se dirigent vers la personne qui a besoin de soins. Le remboursement des soins psychologiques par les psychologues cliniciens et les orthopédistes cliniciens est une première priorité dans ce contexte.* »

Comme prévu dans l'accord du Gouvernement fédéral, l'objectif de cette convention est de rapprocher les soins de santé mentale de l'environnement du citoyen, et ce en collaboration avec les acteurs de première ligne.

Dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, le budget déjà disponible de 39,3 millions d'euros a été augmenté de 112,5 millions d'euros à partir de 2021.

Cette convention s'appuie sur la première convention intitulée « soins psychologiques de première ligne » et tient compte de nombreuses préoccupations et recommandations. La présente convention constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à la population et permet de développer davantage les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires. Cela complète les dispositions existantes et est en lien direct avec les réformes des soins en santé mentale. Cet investissement doit être intégré à l'importante offre psychosociale fédérale et régionale déjà existante sur laquelle un accord a été conclu au sein de la CIM le 2 décembre 2020. Dans cet accord, il a été convenu que les investissements du Gouvernement fédéral, des Communautés et Régions sont complémentaires : « *Les entités fédérées s'engagent à ne pas réduire leurs investissements récurrents supplémentaires et à maintenir les projets temporaires pendant la crise du COVID. Afin d'éviter un double financement, des mécanismes de contrôle sont prévus au sein des réseaux sur la base de leur quota. Ceux-ci sont convenus bilatéralement entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et Régions* ».

Les 32 réseaux de soins en santé mentale auront un rôle de coordination dans le cadre duquel ils prendront des initiatives pour organiser l'offre de soins de santé mentale de première ligne, dans le cadre de la vision définie dans le Protocole d'accord, en un modèle organisationnel plus large et échelonné, dans lequel :

A l'exception de la prévention universelle (qui relève de la compétence des entités fédérées) et des demandes de soins complexes, le modèle organisationnel prévu dans cette convention est défini sous

la forme de deux fonctions: **la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés**. La distinction entre ces deux fonctions est importante pour l'organisation des soins dans le cadre de la convention, mais une offre intégrée de soins et d'assistance psychologiques et d'autre nature doit être présentée au bénéficiaire, car

une prise en charge intégrale et « *matched* » doit être le principe directeur.

partenariats multidisciplinaires réunissent tous les acteurs de soins de première ligne sur un territoire défini dont la population varie entre 75 000 et 250 000 habitants. Ils sont reconnus à cette fin ou sont désignés par les entités compétentes. Ces partenariats multidisciplinaires locaux sont communiquées pour information à la Confé-

rence Interministérielle de la Santé publique<sup>1</sup>.

Fondés sur une évaluation des besoins d'une région et sur une gestion de la population, les réseaux stimuleront la coopération multidisciplinaire dans cette phase de transition par une double approche :

1. 1° d'une part, on stimule une méthode de travail d'équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de première ligne (niveau micro, avec intégration de la fonction psychologique de première ligne) ;
2. 2° d'autre part, au niveau du partenariat pluridisciplinaire local, une méthode de travail est déployée au sein d'un réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale avec des acteurs spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée).

Il est attendu que tous les acteurs concernés par la mise en œuvre des deux fonctions au sein du réseau SSM travaillent ensemble pour les intégrer dans le paysage global des soins et du bien-être, à la fois au niveau macro (gouvernements), méso (réseaux SSM et partenariats multidisciplinaires locales) et micro (modèle d'organisation multidisciplinaire dans le quartier/la commune).

Cette convention poursuit un quadruple objectif (4AIM) :

<sup>1</sup> En Flandre, il s'agit des niveaux de soins dans les zones de première ligne.

les soins sont adaptés à la situation personnelle et aux possibilités du patient et de son environnement (*matched care*) ; les soins font partie de soins de première ligne plus larges dans le cadre de soins de première ligne multidisciplinaires et intégrés; les soins font partie des soins de santé mentale intégrés plus largement au sein des réseaux SSM ; en considérant la perspective du « *public mental health* ».

L'accent est mis sur les tâches définies dans le Protocole d'accord : prévention (y compris la réduction des symptômes et la prévention des rechutes), clarification de la demande, interventions précoces et de soutien à la résilience temporaire, diagnostic, traitement et réhabilitation/rétablissement, ainsi que partage des connaissances et de l'expertise.

Cette mission des réseaux s'inscrit dans un contexte de transition vers l'intégration structurée, pendant la durée de la présente convention, des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de santé de première ligne.

Pendant cette phase de transition, les acteurs actifs dans les « activités de première fonction concernant la prévention, la promotion des soins de santé mentale, la détection précoce, le dépistage et le diagnostic » dans les réseaux d'adultes ou dans le « programme d'activité 1 : détection et intervention précoces » dans les réseaux d'enfants et d'adolescents concluront des accords avec le partenariat multidisciplinaire local sur la manière dont le travail multidisciplinaire et intégré peut être réalisé à partir du « *patient centered and goal oriented care* ».

- Tout d'abord, améliorer la santé de la population grâce à de meilleurs résultats en matière de santé mentale, à la promotion de la littératie en matière de santé, au renforcement de la résilience, à une détection plus efficace et plus précoce des problèmes de santé mentale, ainsi qu'à l'orientation vers les soins appropriés, disponibles et accessibles.

- Deuxièmement, accroître la qualité des soins au moyen du suivi (monitoring) et une évaluation axée sur les résultats, tant de la qualité des soins ressentie par le patient et son entourage que de l'application de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience.
- Troisièmement, œuvrer à l'amélioration des conditions de travail pour les personnes exerçant dans le secteur des soins, y compris par le soutien et la formation des prestataires de soins.
- Quatrièmement, assurer l'utilisation efficace du budget en déployant des ressources qui créent de la valeur ajoutée en proposant notamment différentes modalités de soins et en faisant appel à d'autres prestataires de soins pour les missions de soins psychologiques de première ligne et de soins psychologiques spécialisés. Une approche de stratification des risques est utilisée pour garantir un déploiement des ressources adaptés à l'intensité du besoin/de la nécessité psychologique dans la zone d'opération du réseau.

La communication et la sensibilisation sont pratiquées et des accords de partenariat sont établis entre les acteurs et les structures de soins et d'aide sociale. Le réseau contrôlera et évaluera automatiquement la mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints.

Les ressources prévues à cet effet dans le budget de l'INAMI sont allouées aux réseaux SSM sur base d'un financement populationnel. Cela tient compte du nombre d'habitants, de l'âge d'apparition et de la prévalence des troubles mentaux, ainsi que de la situation socio-économique de la zone d'intervention. À cette fin, le budget disponible a été réparti entre les 32 réseaux SSM de manière scientifique.

Conformément à la perspective « *public mental health* » et aux ressources limitées, on s'efforce, sur base des connaissances scientifiques, de la faisabilité pratique et de la demande de soins du bénéficiaire et de son contexte, de développer davantage une offre de groupe, d'intervention précoce et de détection précoce.

L'utilisation des ressources sera discutée au sein du réseau (dans le cadre de la première fonction ou du programme d'activité 1 susmentionnés). Le point de départ de cette démarche est l'évolution des besoins de chaque citoyen à travers les étapes de sa vie, de la naissance (ou même avant), du développement de l'enfant, de la transition vers l'âge adulte, et de l'âge adulte à la vieillesse. L'offre de soins doit être largement accessible, avec une attention particulière pour les groupes cibles vulnérables.

Le bénéficiaire recevra des soins personnalisés basés sur une offre de soins intégrée et multidisciplinaire. La demande d'aide sera clarifiée lors du premier contact (sans réclamer de quote-part) et (si nécessaire) le patient est orienté vers les soins appropriés. Les personnes présentant un risque accru de développer une plainte psychique (liée ou non à des plaintes somatiques) peuvent s'adresser directement à des prestataires de soins psychologiques. Les missions regroupées sous la fonction de soins psychologiques de première ligne sont très accessibles et organisées dans l'environnement immédiat de la personne. En cas de problèmes psychiques légers à modérément graves, une prise en charge plus spécialisée est indiquée et est signalée au réseau de soins psychologiques spécialisés. Les patients présentant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés avec des besoins de soins psychologiques légers à modérés peuvent être orientés vers des soins psychologiques de première ligne (modèle de



soins circulaires intégrés). Ces processus de demande, de consultation et d'échange d'informations sont soutenus par l'élaboration d'un bilan fonctionnel<sup>2</sup> et/ou d'un plan de soins et d'assistance.

Afin de soutenir les missions de ces réseaux SSM et les accords conclus avec des partenariats multidisciplinaires locaux, le Gouvernement fédéral s'engage à fournir une offre qui est complémentaire à l'offre des Communautés/Régions. Cela sous la forme de coaching, de facilitation des moments d'intervision/supervision, de modules de formation, de la mise à disposition de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience, de lignes directrices pour l'e/m-santé (un site portail fournissant des outils de soutien à l'auto-soin et à la prestation de soins), et d'un dossier patient multidisciplinaire partagé tel que prévu dans la feuille de route e-santé. A cet effet, 10% du budget total disponible sera réservé. Son utilisation fera l'objet de décisions spécifiques du Comité de l'assurance, après avis ou proposition du Comité d'accompagnement. Dans le cadre de ce budget réservé, une prime de pratique sera prévue pour les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants, selon des modalités à déterminer. La prime facilite la communication par l'utilisation du matériel informatique ou de logiciels.

En outre, en coopération avec l'ASBL IM, le processus de paiement et de facturation sera remplacé par un système électronique qui sera rendu disponible par les institutions d'assurance et dans lequel les données concernant les soins fournis et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé et, sous réserve de l'eConsent du bénéficiaire, pourront être partagées avec le médecin généraliste détenteur du DMG ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenteur du DMG. Cette application doit également permettre au réseau SSM de rembourser les prestataires de soins pour les soins prestés.

Une attention particulière sera également accordée à la gouvernance de cette réforme. Les autorités compétentes concluront des accords concernant le pilotage des réseaux SSM et des partenariats multidisciplinaires locaux pour organiser les soins psychologiques dans le cadre d'une approche multidisciplinaire plus large. À cet égard, le modèle de gouvernance prévu dans les conventions avec les réseaux et financé via l'article 63, § 2, du budget des ressources financières sera revu et complété afin que les prestataires de soins de première ligne, les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ainsi que les organisations de patients et des familles puissent y jouer un rôle égal. Dès lors, et dans le cadre de la part budgétaire réservée, un soutien approprié sera apporté à la participation des organisations concernées.

La mise en œuvre de cette convention sera réalisée en différentes phases. La priorité est donnée à la réalisation des soins psychiques ambulatoires et aux partenariats multidisciplinaires locaux. Notamment, le développement d'une culture de qualité et l'évaluation se réaliseront progressivement.

Cette convention régit les droits et obligations du réseau SSM et de l'hôpital d'une part, et de l'INAMI d'autre part. Pour la réalisation des deux fonctions, le réseau SSM fera appel aux partenariats multidisciplinaires locaux, aux prestataires de soins individuels et aux organisations de soins avec lesquels une convention aura été signée. Un partenariat est prévu là où un « [projet de soins intégrés](#) » existe.

### **Objet de la convention**

<sup>2</sup>Selon le KCE, le bilan fonctionnel est un instrument qui décrit l'état fonctionnel du bénéficiaire dans son contexte, y compris les problèmes et les capacités de la personne et de son environnement (médical, psychologique, social, traitement actuel, antécédents, etc.) Sur la base du bilan fonctionnel, il est possible d'estimer les soins ou l'aide nécessaires (y compris les interventions déjà réalisées), établir un plan de soins ou de traitement et estimer la durée de l'intervention nécessaire.

### **Article 1**

La convention détermine les conditions d'utilisation par le réseau SSM des ressources financières provenant de l'assurance obligatoire soins de santé, plus particulièrement le financement des soins psychiques ambulatoires de première ligne pour les deux fonctions visées à l'article 2.

Cette convention définit la manière dont les ressources financières, via l'hôpital en tant que représentant du réseau SSM, sont mises à disposition du réseau SSM et la manière dont les dépenses sont suivies et régularisées auprès de l'INAMI.

Cette convention établit également l'intervention du bénéficiaire dans le cadre des soins directs aux patients.

## **Fonctions des soins psychiques**

### **Article 2.**

Cette convention décrit deux fonctions de soins qui sont organisées de façon intégrée : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés. Ces services sont fournis par des prestataires de soins psychologiques possédant les aptitudes et les compétences nécessaires. Le point de départ est de détecter le plus rapidement possible les besoins du patient. En fonction de la demande d'aide du patient, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'auto-soin et la résilience dans le cadre de la fonction de soins psychologiques de première ligne. Si le bilan fonctionnel montre que le traitement de la maladie mentale sous-jacente est nécessaire, les soins spécialisés ambulatoires en santé mentale sont fournis au sein du réseau après notification. La fonction de soins psychologiques spécialisés est sollicitée.

### **Fonction des soins psychologiques de première ligne Article 3 - Attribution**

**§ 1.** Les missions suivantes sont prévues dans le cadre de cette fonction :

1° Soutien aux personnes souffrant de problèmes mentaux

Pour ces derniers, l'intervention ne peut se faire que sous la supervision d'un professionnel de santé mentale et dans le cadre de son expertise (par exemple, évaluation des problèmes présents et clarification de la plainte).

2° Soutien

interventions de groupe qui renforcent la santé mentale préviennent les problèmes mentaux, renfor-

cent les possibilités d'auto-soin et/ou soutiennent les soins informels. Ce travail est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, de préférence en collaboration avec des acteurs de l'aide et de soins et d'experts du vécu.

Cette fonction est exercée à l'endroit où se trouve la personne dans un service, un établissement ou un lieu de la communauté locale (*outreaching* vers les personnes de la communauté) individuel aux bénéficiaires qui peuvent être aidés par un nombre limité d'interventions psychologiques de première ligne. Ces soins permettent aux bénéficiaires de maintenir ou, si nécessaire, de retrouver un mode de vie sain et une qualité de vie satisfaisante.

Ces soins sont dispensés lors de séances individuelles (y compris les soins à distance – télémédecine).

Ces interventions psychologiques de courte durée et/ou de faible intensité se concentrent sur les tâches suivantes :

1. Évaluation des problèmes présents et clarification de la demande ;
2. Auto-assistance guidée, psychoéducation ;
3. Promotion de l'autonomie et de la résilience du bénéficiaire ou de son environnement familial ;

4. Soutien des acteurs de première ligne autour du bénéficiaire ;
5. Orientation vers des soins spécialisés et/ou orientation vers d'autres organisations de d'aide et de soins et/ou des associations de patients et de familles,...

**§ 2.** Les interventions de groupe visées au § 1, 1° sont réalisées au cours de séances de 120 minutes, dont 90 minutes au moins sont consacrées au contact direct avec les patients. Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien examine si une intervention en groupe est appropriée pour le bénéficiaire. Cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une session d'intervention en groupe se déroule de préférence sous la supervision d'acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont au moins un est un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

**§ 3.** Les séances individuelles visées au § 1, 2° se déroulent lors de sessions d'une durée de 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient). Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents dans un lieu adapté à la situation de la personne (possibilité d'*outreach*).

Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents, le tuteur ou un membre de la famille.

L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage a formulé une demande d'aide au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien de première ligne.

Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent avoir lieu dans le propre cadre de vie du bénéficiaire (*outreaching*).

Si les conditions suivantes sont remplies, ces sessions peuvent également être organisées à distance :

- • Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble ;
- • Le bénéficiaire doit avoir donné son autorisation préalable pour les soins à distance ;
- • Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- • Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien utilise des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sûre, comme indiqué sur le site web de la plateforme eHealth : [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'information | eHealth \(fgov.be\)](#) ;

- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit noter ces consultations vidéo et leur durée dans le dossier du patient.

#### **Article 4 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement**

Les dispositions suivantes s'appliquent au financement de la mission visée à l'article 3, § 1<sup>er</sup> :

1. 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », un maximum de 8 séances individuelles peut être remboursé ou un maximum de 5 interventions de groupe sur une période de 12 mois ;
2. 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescents », un maximum de 10 séances individuelles ou un maximum de 8 interventions de groupe peuvent être

remboursées par période de 12 mois, y compris les sessions pour lesquelles les parents sont présents ;

3. 3° Dans des cas exceptionnels, une séance supplémentaire peut être nécessaire afin de compléter un programme de traitement de 8 ou 10 séances individuelles respectivement. Le nombre de cas exceptionnels ne peut dépasser 5 % du nombre de bénéficiaires.

Le nombre maximal de séances psychologiques par série fixé dans le présent article ne constitue pas un droit à réclamer de la part du bénéficiaire.

### **Fonction de soins psychologiques spécialisés Article 5 - Attribution**

**§ 1.** Cette fonction s'adresse aux personnes qui ont besoin de soins spécialisés en raison de leur maladie mentale sous-jacente. Ces interventions psychologiques visent le psychodiagnostic et le traitement.

Cette fonction spécialisée peut être réalisée de différentes manières : intervention individuelle, soins à distance (télémédecine) ou intervention spécifique en groupe. Cela signifie que l'intervention est adaptée en fonction de la problématique et pour laquelle des techniques spécifiques sont utilisées (par exemple, intervention de groupe pour les personnes atteintes de TDAH ou intervention pour les parents d'enfants anxieux). Ce traitement est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens avec des compétences spécifiques, démontrables par le biais du portfolio du prestataire de soins.

**§ 2.** Les sessions psychologiques en individuel visées au § 1 se déroulent au cours de séances d'une durée de 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient). Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble dans un lieu adapté à la situation du bénéficiaire (possibilité d'*ou-treach*).

Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents.

L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage formule une demande au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent se dérouler dans le cadre de vie du bénéficiaire. La session dure 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient).

Sous réserve du respect des conditions suivantes, ces sessions peuvent être organisées à distance :

- Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ;
- Le bénéficiaire doit avoir donné son accord préalable pour des soins à distance ;
- Le psychologue/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est

physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;

- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit utiliser des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sécurisée telles que mentionnées sur le site de la plateforme eHealth: [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'informa-](#)

[tion | eHealth \(fgov.be\)](#) ;

- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit noter ces consultations vi-

déo et leur durée dans le dossier du patient ;

- La session dure 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient).

**§ 3.** Les interventions de groupe visées au § 1 sont réalisées au cours de séances d'en moyenne 120 minutes (dont au moins 90 minutes de contact avec le patient).

Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/l'orthopédagogue clinicien examine si l'intervention en groupe est adaptée au bénéficiaire. Si nécessaire, cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une intervention en groupe se déroule de préférence sous la supervision de 2 acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont l'un au moins doit être un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

### **Article 6 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement**

Les dispositions suivantes s'appliquent au financement du contrat tel que visé à l'article 5, § 1:

1. 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », une moyenne de 8 séances individuelles est remboursable, avec un maximum de 20 séances remboursables, ou un maximum de 12 séances de groupe par période de 12 mois ;
2. 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescent », une moyenne de 10 séances individuelles est remboursable par période de 12 mois, avec un maximum de 20 séances remboursables ou un maximum de 15 séances de groupe, y compris les sessions pour lesquelles seuls les parents sont présents ;
3. 3° La fonction psychologique spécialisée ne peut être remboursée qu'après une notification au réseau de soins psychiques spécialisés ambulatoires sur la base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau sur la notification et la gestion des soins ;
4. 4° Au cours de la série individuelle de soins psychologiques spécialisés, une évaluation intermédiaire est effectuée au moyen du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de l'orientation, ou par le biais d'une consultation multidisciplinaire.

Le nombre maximal de séances psychologiques par série fixé dans le présent article ne constitue pas un droit opposable pour le bénéficiaire.



Si le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien estime que les besoins en soins du patient ne peuvent être satisfaits dans le cadre de ce nombre de séances ou en cas de soins de crise, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien orientera le patient vers des soins de santé mentale spécialisés plus intensifs dans le réseau.

### **Processus d'orientation, de consultation et de rapport**

#### **Article 7**

Pour organiser les soins psychologiques dans le cadre de ces 2 fonctions, les processus suivants s'appliquent :

1. 1° La demande peut se faire à l'initiative du bénéficiaire lui-même, de son entourage ou après son orientation par un acteur de l'aide ou de soins ;
2. 2° Les prestataires de soins psychologiques de première ligne sont directement et facilement accessibles sur les sites locaux. Dès le départ, ils établissent avec les acteurs de soin de la première ligne un bilan fonctionnel et, par le biais d'un maximum d'interventions, ils

travaillent de manière solidaire à l'auto-soin et à la résilience. Un bilan fonctionnel peut également être établi par un médecin et un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui dispense des soins spécialisés, en vue d'une inscription au réseau conformément à l'article 6, 3°.

Ce bilan est un outil de communication pour les autres partenaires du réseau et sert également d'indication pour les soins spécialisés et de notification au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale ;

3. 3° A tout moment du parcours, une séance peut être utilisée pour (ré)orienter la personne ou la guider vers une prise en charge plus coordonnée comme un autre prestataire de soins de première ligne ou vers des soins psychologiques spécialisés ou encore des soins spécialisés vers des soins psychologiques de première ligne. Cela peut se faire dans le cadre d'une séance conjointe avec bénéficiaire et son entourage et un autre acteur de l'aide et du soins ;
4. 4° Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés ;
5. 5° Si le bilan fonctionnel indique qu'un traitement dans le cadre de soins spécialisés est indiqué, la personne est signalée au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale qui orientera le bénéficiaire vers les soins psychologiques spécialisés qui lui conviennent.
6. 6° Au cours de la série de soins psychologiques spécialisés individuels, une évaluation intermédiaire est effectuée par le biais du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de la demande et de la (ré)orientation.

Si l'évaluation intermédiaire montre qu'un renforcement de la prise en charge spécialisée est nécessaire, une concertation (en ligne ou en face à face) peut être prévue pour le bénéficiaire. Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques). Cette concertation ne peut avoir lieu qu'après avoir obtenu l'autorisation du bénéficiaire, de ses parents ou de son tuteur légal. Un remboursement ne peut être facturé qu'une fois par période de 12 mois et par bénéficiaire.



Cette concertation est complémentaire à la concertation multidisciplinaire facilitée par les entités dans le cadre de l'élaboration du plan de soins et d'accompagnement qui coordonne diverses interventions cliniques autour et en partenariat avec le bénéficiaire et son entourage.

7° Des informations sur les droits des patients et les coordonnées des médiateurs, des associations de patients et de familles seront mises à la disposition du bénéficiaire et/ou de son entourage.

## Règles de cumul

### Article 8.

Seule une séance psychologique ou une intervention de groupe par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exception d'une séance avec les parents.

Le remboursement de la concertation multidisciplinaire prévu à l'article 7, 6° n'est pas cumulable avec d'autres remboursements de concertation.

### **Missions des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens Article 9.**

Dans le cadre de la présente convention, les remboursements liés aux missions confiées aux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ne peuvent être utilisés que pour le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui :

1. 1° a conclu une convention avec le réseau SSM ;
2. 2° est titulaire d'un visa et d'un agrément comme psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et dispose dans ces conditions d'un numéro INAMI ;
3. 3° a une expérience clinique dans le domaine des soins psychologiques de première ligne ou des soins psychologiques spécialisés démontrée par son portfolio ;
4. 4° en fonction des besoins du bénéficiaire et des séances/interventions de groupe qu'il a déjà suivies au sein du réseau SSM, l'informer du parcours qu'il suit et du nombre de séances qui sont (encore) possibles. Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien se base sur les informations fournies par le réseau SSM ou sur les informations données par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse ;
5. 5° suit la formation locale organisée par le réseau SSM sur le fonctionnement du réseau SSM ;
6. 6° participe aux interventions/supervisions avec les autres psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou autres professionnels du réseau SSM. Ces interventions sont organisées localement et coordonnées par le réseau SSM ;
7. 7° réalise les séances psychologiques et autres missions dans la zone de travail du réseau SSM avec lequel il a passé une convention. Elle se déroule de préférence dans le milieu de vie des bénéficiaires. Ces missions peuvent également être réalisées sur la base d'un travail de proximité (par exemple, au domicile du bénéficiaire, dans une école, une entreprise, etc.)
8. 8° peut aussi bien être salarié et/ou indépendant, et ne peut percevoir aucune autre rémunération pour la durée et les missions prévues dans la présente convention ;
9. 9° tient un dossier individuel du patient pour chaque bénéficiaire. Ce dossier est conforme aux dispositions générales relatives aux dossiers des patients, telles qu'elles sont énoncées dans la loi sur les droits des patients;
10. 10° dans le cadre de la facturation électronique à l'organisme d'assurance du bénéficiaire ou à l'ASBL IM - communiquer les informations des interventions personnelles collectées en application de la présente convention et fournir au bénéficiaire une pièce justificative ;
11. 11° applique une méthode éthique ancrée dans des pratiques « evidence, practice et experience based » en soins psychologiques de première ligne ou spécialisés ;
12. 12° est engagé pour l'ensemble des réseaux adultes/personnes âgées et enfants et adolescents, pendant au moins 8 heures par semaine.

### **Développement d'une culture de la qualité**

## Article 10.

Le réseau SSM s'engage à participer activement à la poursuite et au développement d'une culture de la qualité conformément aux initiatives du Gouvernement fédéral et les entités fédérées. Développer une culture de la qualité au sein du réseau SSM implique le partage de convictions, de valeurs, d'attitudes, d'institutions et de modèles de comportement partagés visant à l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins : pour des soins sûrs, efficaces, efficaces, égaux et opportuns, axés sur le patient. L'orientation du patient est un élément de qualité important : concrètement, il faut tenir compte de la promotion de la prise de décision partagée, du travail axé sur le rétablissement, de la responsabilisation, de l'inclusion, etc.

Afin de stimuler un changement de mentalité, la culture de la qualité doit faire partie de chaque mission du réseau, des missions de chaque collaborateur ou établissement/institution de soins ou de chaque organisation impliquée dans les soins, ainsi que dans les tâches des patients et des aidants informels.

Une culture de la qualité est développée par :

1. 1° Doter le réseau SSM et tous ses partenaires d'un système de qualité comprenant une auto-évaluation à intervalles réguliers à l'aide d'indicateurs, d'objectifs mesurables et de processus de suivi et d'évaluation ;
2. 2° Impliquer activement tous les acteurs, en soutenant et en accompagnant les prestataires de soins dans le domaine de l'amélioration de la qualité et en indiquant l'importance de la mesure et de l'évaluation dans un processus d'amélioration. Cela commence par la définition d'un objectif commun au début de chaque nouvelle mission afin de créer un soutien ;
3. 3° Travailler de manière orientée vers un objectif pour chaque mission, prévoir un processus de suivi et d'évaluation, et intervenir lorsque les changements ne sont pas réussis ;
4. 4° Une culture de la qualité comme instrument de changement en se remettant en question, en menant une réflexion critique sur la qualité fournie et en se concentrant sur l'amélioration continue. L'organisation et la participation à l'intervision/supervision y contribueront ;
5. 5° Mesurer et contrôler la satisfaction et les expériences des patients et des familles, ainsi que celles des prestataires de soins de santé ;
6. 6° Communication et discussion transparentes des résultats des évaluations entre les partenaires du réseau SSM.

### **Missions du réseau SSM pendant la durée de cette convention**

## Article 11

Le réseau SSM s'engage à :

1. 1° Via l'hôpital, réaliser la facturation électronique visée à l'article 13 ;
2. 2° Traduire la gestion de la population du réseau SSM en partenariats locaux et en flux de patients ;
3. 3° Assurer l'organisation administrative des programmes de formation soutenus par le Gouvernement fédéral au sein du réseau SSM et des interventions/supervisions

des soins psychologiques via les partenariats locaux ;

4. 4° Lorsqu'il existe un « [projet de soins intégrés](#) », avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention, le réseau SSM y a recours ;

5. 5° Pour le 31 décembre 2021, les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes

âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux dans laquelle les accords suivants sont notamment conclus :

1. Accords sur la gouvernance et la coopération avec le partenariat local - le suivi de celui-ci est inclus dans la convention avec le réseau SSM conformément à l'article 63 § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 ;
  2. Accords concernant le soutien du réseau SSM pour l'introduction et l'intégration des 2 fonctions : via des équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de soins de première ligne (niveau micro, avec intégration de la fonction de soins psychologiques de première ligne) et en travaillant au sein d'un réseau de santé mental ambulatoires spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée) ;
  3. Accords concernant l'intégration des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants (par exemple, rôle du cercle local de psychologues) dans la gouvernance et la collaboration dans le réseau SSM ;
  4. Accords concernant le processus d'inclusion d'un patient et sur l'indication à des soins psychologiques (accueil de la demande, orientation, renvoi, *outreaching*, etc.) et du travail sur place ;
  5. Proposer un plan de croissance pour l'offre d'interventions de groupe dans le cadre des pourcentages proposés d'utilisation des ressources dans les fonctions de soins psychologiques de première ligne et spécialisés de l'article 13 ;
  6. Accords concernant la supervision (scientifique), la formation, l'innovation dans la pratique, l'auto-évaluation, la culture de la qualité et la gestion de la population ;
  7. Accords sur la répartition des ressources disponibles sur la base de la stratification des risques de la population afin de parvenir à une répartition équilibrée de la capacité disponible pour les soins psychologiques de première ligne et spécialisés dans la zone d'activité du réseau SSM ;
  8. Accords sur l'enregistrement (paramètres) pour pouvoir évaluer les résultats concernant le 4AIM et la réalisation des missions du réseau SSM ;
  9. Le cas échéant, des accords concernant le suivi financier ;
  10. Accords concernant la vision sur le déploiement d'experts du vécu.
6. 6° Proposer au sein du réseau un coordinateur local pour mettre en œuvre et développer la fonction psychologique et les missions du réseau SSM dans le cadre de la présente convention. Le rôle spécifique, les compétences que cette personne doit avoir et le facteur de pondération qui détermine l'ETP seront communiqués par le SPF Santé publique au coordinateur du réseau. Des informations sur la procé-

dure de sélection seront fournies au coordinateur de réseau ;

7. 7° Par l'intermédiaire de l'hôpital, dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention ;

8. 8° Pour la réalisation des 2 fonctions, le réseau SSM fera appel à des acteurs de l'aide

et du soins indépendants et d'organisations reconnues, avec lesquels le réseau SSM conclut un contrat d'entreprise ou une convention de collaboration qui comprendra des accords sur :

La description des deux fonctions, de leur groupe cible et la valorisation des prestations ;

1. La fonction pour laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien assure des séances (1, 2 ou les deux) ;
  2. L'adhésion du psychologue clinicien /orthopédagogue clinicien au processus d'orientation, de consultation et d'établissement de rapports ;
  3. L'adhésion du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien à la vision du partenariat multidisciplinaire local ;
  4. Les modalités de communication du nombre de séances individuelles et d'interventions de groupe par bénéficiaire via un environnement sécurisé (eHealthbox) en vue de la facturation et du paiement par le réseau SSM ;
  5. Les conditions visées à l'article 9 de la présente convention ;
  6. Communication au patient concernant la facturation de l'intervention personnelle ;
  7. Les aspects pour lesquels les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens peuvent s'appuyer sur le réseau/le partenariat multidisciplinaire local ;
  8. La participation à l'évaluation des soins prévus par la présente convention et l'incitation des patients à participer à l'étude d'évaluation
  9. La communication du portfolio.
9. 9° Initiatives visant à développer une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;
  10. 10° Pas de rémunération pour des contrats déjà financés par d'autres réglementations ;
  11. 11° Réaliser une formation sur le fonctionnement du réseau SSM et la coordination des interventions/supervisions ;
  12. 12° Elaborer et soumettre à l'INAMI des rapports qui, d'une part, démontrent la pérennité de la gouvernance du réseau SSM et, d'autre part, permettent d'évaluer la mise en œuvre des missions visées par la présente convention. La méthode de *reporting* (contenu, modèle et fréquence) sera élaborée en concertation avec les représentants au sein du comité d'accompagnement (dont un représentant des réseaux SSM) et en coordination avec les autres initiatives du SPF Santé publique en matière de *reporting* (« *only once* ») ; ceci fera l'objet d'un avenant à la présente convention ;
  13. 13° Collaborer à une étude d'évaluation réalisée dans le cadre de cette convention. Le protocole de recherche est élaboré sur base d'un cahier des charges proposé par le comité d'accompagnement.

### **Attentes à l'égard du partenariat multidisciplinaire local**

#### **Article 12**

L'organisation de la première ligne, tant pour les soins de santé mentale que somatique, est une tâche des entités fédérales. Le réseau SSM est censé consulter les structures existantes (« partenariat multidisciplinaire local ») et les autorités (Communauté/Région/Locale) pour intégrer conjointement les soins psychologiques dans les soins de première ligne. Il est essentiel que le partenariat multidisciplinaire local concerne l'ensemble de la population d'une zone définie et soit reconnu ou désigné par l'organisme compétent.

Ce partenariat doit présenter aux acteurs de sa région une vision conforme au protocole du 2 décembre 2020 précité.

Les réseaux de soins de santé mentale contrôlent l'utilisation des ressources en fonction de la gestion et de la stratification de la population (cartographie des besoins en soins psychologiques) en coopération avec les partenariats multidisciplinaires locaux.

#### **Article 13**

##### **Budget global des ressources financières par réseau**

**§ 1.** Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel qui se compose d'une intervention maximale de xxxxxx euros et des interventions personnelles perçues par le réseau telles que décrites à l'article 16 et de l'intervention de l'assurance soins de santé de :

1° maximum xxxxxxxxxxxx euros par mois de validité après signature de la convention en 2021, ou xxxxxxxxxxxx sur base annuelle ;

2° maximum xxxxxxxxxxxx euros en 2022 ;

3° maximum xxxxxxxxxxxx euros en 2023 ;

4° Le montant total pour la durée de la convention correspond à la somme des montants aux points 1°, 2° et 3°.

**§ 2.** Un maximum de 10% du montant total pour la durée de la convention (§1, 4°) peut être utilisé pour le remboursement des coûts pour :

1. 1° Le soutien du réseau pour la mise en œuvre des 2 fonctions ;
2. 2° La gouvernance de la présente convention, l'organisation relative à l'exécution des missions, les contacts avec les acteurs de l'aide et de soins, ... ;

3. 3° Le développement d'une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;

4. 4° Les initiatives en matière d'enregistrement de l'activité, y compris les rapports au gouvernement (voir article 11, 12°) ;

5. 5° La participation aux études d'évaluation ;

6. 6° Le coordinateur local ;

7. 7° L'organisation de formations sur le fonctionnement du réseau ;

8. 8° Gestion de la convention avec les psychologues cliniciens/orthopédagogues clini-

ciens ou avec les autres acteurs qui se voient confier des missions dans le cadre de cette convention et de tout le processus de facturation et de paiement. Ce coût s'élève à 30 000 euros plus un maximum de 0,70 euro par séance facturée.

À cette fin, des pseudocodes seront attribués aux centres de coûts suivants :

1. 1° Coût de l'hôpital pour la charge administrative (article 13, § 2, 8°) ;

2. 2° Coût des réunions, frais de déplacement ;

3. 3° Coût des personnes employées pour remplir les missions (autres que les séances individuelles et les interventions de groupe) ;

4. 4° Coût des logiciels et matériels nécessaires au niveau du réseau pour soutenir l'exécution des missions (sauf ceux utilisés par les prestataires de soins) ;

5. 5° Coût de la communication aux acteurs/patients ;

6. 6° Coût de l'organisation des interventions de groupe ;

7. 7° Tout autre type de centres de coûts qui pourrait être ajoutés par l'INAMI.

Le paiement de ce montant est effectué de manière centralisée pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM, dans les conditions et selon les modalités suivantes :

1. 1° Dépôt d'une avance de 50 % de ce montant dans le mois qui suit la signature ou le début de la convention ;
2. 2° Le paiement d'une avance de 25% du montant sur une base annuelle avant le 30 juin 2022 ;
3. 3° Le paiement d'une avance de 25% du montant annuel avant le 31 janvier 2023 ;
4. 4° En vue de la régularisation de ces avances, l'hôpital du réseau ajoute ces frais (en indiquant le pseudocode) à la facture électronique centrale dans laquelle sont également facturés les soins visés au § 3. Les coûts encourus ultérieurement ou les coûts antérieurs pour lesquels l'information n'était pas connue lors de la facturation de mai 2023 peuvent être ajoutés ultérieurement dans les factures suivantes.

Ces frais seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum prévu au premier paragraphe ;

5. 5° Le réseau tiendra à sa disposition tous les justificatifs possibles des frais facturés: factures, fiches de paie, rapports d'action, comptes rendus de réunions, séances de remboursement, etc. ;
6. 6° Ne sont pas remboursés dans ce cadre : les frais d'investissements dont la durée normale d'amortissement est égale ou supérieure à 4 ans.

**§ 3.** Minimum 90 % du budget prévu au § 1 sont utilisés comme suit :

1. 1° 45% au minimum est utilisé pour la fonction de soins psychologiques de première ligne visée à l'article 3 ;
2. 2° 45% au maximum est utilisé pour la fonction de soins psychologiques spécialisés au sens de l'article 5, y compris les coûts des consultations multidisciplinaires au sens de l'article 7, 6°).

Ces pourcentages font partie d'un plan de croissance pour la réalisation du quatrième objectif du 4AIM. Ces fonds seront versés de manière centralisée au réseau pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM sous forme d'avances mensuelles dont le montant correspond à 1/12 de 90% du budget annuel visé au § 1. Les paiements sont effectués au plus tard le 5ème jour du mois auquel ils se rapportent.

Ces avances sont régularisées chaque mois sur la base d'une facture électronique que l'hôpital soumet de manière centralisée (via l'ASBL IM) aux organismes assureurs selon les instructions de facturation par voie électronique. Les dispositions suivantes s'appliquent :

1. 1° La facture est présentée au plus tard le 20 du mois suivant le mois auquel elle se rapporte ;
2. 2° Cette facture indique le nombre d'heures par mois pour lesquelles le réseau a versé une compensation et le montant correspondant. Une distinction est faite entre :
  1. Coût des interventions de groupe - art. 3, § 2 ;
  2. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 3, § 2 ;
  3. Coût de la première séance individuelle – art. 3, § 3 ;
  4. Coût des séances individuelles suivantes - art. 3, § 3 ;
  5. Coût de la séance supplémentaire exceptionnelle - art. 4, 3° ;

6. Coût des séances individuelles - art. 5, § 2 ;
7. Coût des interventions de groupe - art. 5, § 3 ;
8. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 5, § 3.

3. Cette facture mentionne également :

1. Le coût de la consultation multidisciplinaire - art. 7, 6° ;
2. Les coûts des inclusions - art. 14, § 2, 1° ;
3. Les coûts liés à d'autres activités dans le cadre des deux fonctions qui

soutiennent la coopération multidisciplinaire et sont approuvées par l'INAMI sur proposition du Comité d'accompagnement ; le remboursement est basé sur des prestations équivalentes au sein de la loi AMI ;

4. Par bénéficiaire, l'intervention personnelle qui a été payée par séance, en indiquant le numéro INAMI du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le pseudocode de la prestation ;
5. Le montant de l'avance versée pour ce mois.

Lors du traitement de cette facture, le paiement anticipé est régularisé. Si cela révèle qu'un montant trop élevé a été payé à l'avance, l'excédent est déduit du 12<sup>e</sup> paiement suivant. Si l'avance est insuffisante, la différence est versée au réseau.

Les acteurs d'aide et de soins conservent dans leur dossier toutes les preuves des soins facturés.

**§ 4.** A aucun moment, le total des montants versés ne peut dépasser le budget prévu au § 1, premier alinéa, 4°.

**§ 5.** Ces sommes visées aux §§ 2 et 3 sont déposées

- - sur le numéro de compte .....
- - au nom de .....

**§ 6** Au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> mars 2022, le processus de paiement et de facturation tel que réglementé aux §§ 1 et 2 dans cet article sera remplacé par un système électronique qui, après avis de la commission de convention hôpitaux-organismes assureurs et approuvé par le Comité de l'assurance, sera mis à disposition par les organismes assureurs et qui sera basé sur une application web dans laquelle les données relatives à la prestation de soins et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé, et sur la base de laquelle, entre autres :

1. 1° Les paiements au réseau peuvent être régularisés de manière centralisée ;
2. 2° Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien peut prendre connaissance

des données d'assurabilité ;

3. 3° Le bénéficiaire peut recevoir un élément de preuve ;
4. 4° Le réseau pourra être informé des soins qui ont été prodigués et de données in-

dividuelles et agrégées qui doivent pouvoir servir de support à l'évaluation du réseau, dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter du mois au cours duquel les données ont été transférées ;

5. 5° Le médecin généraliste titulaire du DMG peut être informé de la prise en charge psychologique de son patient dans le cadre de cette convention ;
6. 6° Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de la réalisation des soins et d'un ensemble de données agrégées permettant l'évaluation de la convention avec le réseau, et

ce dans un délai maximum de 3 mois après le mois au cours duquel les données ont été fournies.

## **Règles spécifiques concernant l'imputabilité des missions liées à l'assurance obligatoire soins de santé**

### **Article 14**

**§ 1.** Les montants mentionnés ci-dessous comprennent, le cas échéant, l'intervention personnelle prévue à l'article 16.

**§ 2.** Les conditions suivantes s'appliquent aux montants ci-dessous, à l'exclusion de l'intervention personnelle du bénéficiaire, qui sont imputés pour l'utilisation du budget visé à l'article 13 :

1° Pour chaque nouveau bénéficiaire avec lequel le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien a convenu d'un suivi après la première séance, 60 euros peuvent être facturés une fois pour une période de 12 mois pour l'établissement et la tenue du dossier (électronique) du patient, pour le contact avec d'autres acteurs de l'aide et de

soins, pour le rapport au médecin généraliste et au psychiatre, pour la facturation et l'enregistrement des données à la demande du réseau SSM.

2. 2° Pour une « séance psychologique de 60 minutes » telle que visée à l'article 3, § 3 ou à l'article 5, § 2, 75 € (y compris la quote-part du bénéficiaire) peuvent être facturés.
3. 3° Pour une « intervention de groupe de 120 minutes » telle que visée à l'article 3, § 2, ou à l'article 5, § 3, 400 € peuvent être facturés si elle est proposée par, soit, deux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, soit, un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin. 326 € peuvent être facturés si elle est proposée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un autre acteur d'aide ou de soins ou expert du vécu. Ces deux montants comprennent l'intervention personnelle de 2,5 euros.
4. 4° Pour le remboursement de la participation à la concertation multidisciplinaire visée à l'article 7, 6° (intervention d'un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, d'un médecin généraliste, et d'un (pédo)-psychiatre), un montant de 225 € maximum peut être facturé.

### **Indexation**

### **Article 15**

Les montants mentionnés aux articles 13 et 14, à l'exclusion de l'intervention personnelle du bénéficiaire, sont indexés annuellement. L'indexation a lieu le 1<sup>er</sup> janvier sur base de l'évolution entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 déterminant les modalités d'application de l'indexation des prestations du régime obligatoire d'assurance soins de santé, pour autant que le Conseil général ait prévu la marge financière pour l'indexation.

### **Intervention personnelle du bénéficiaire**

### **Article 16**

**§ 1.** L'intervention personnelle par séance psychologique individuelle s'élève à 4 € pour les bénéficiaires qui ont droit à l'indemnité majorée<sup>3</sup> et à 11 € pour les bénéficiaires pour lesquels cette indemnité majorée ne s'applique pas. L'intervention personnelle pour les interventions de groupe s'élève à 2,5 euros par intervention de groupe pour le bénéficiaire.

Aucune intervention personnelle ne peut être demandée pour la première séance individuelle de soins psychologiques de première ligne. Dans le cas d'un soutien à un acteur de première ligne, dans le cadre d'un bénéficiaire, aucune intervention personnelle n'est facturée non plus.

**§ 2.** L'intervention personnelle est perçue par le prestataire de soins, qui en fournit la preuve au bénéficiaire conformément à l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994.

**§ 3.** En dehors de l'intervention personnelle, ni le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, ni le réseau SSM, ni l'hôpital ne facturent de supplément au bénéficiaire.

<sup>3</sup> l'allocation majorée visée à l'article 37, §§ 1 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, coordonnée le 14 juillet 1994

### **Groupes cibles enfants/adolescent et adultes/personnes âgées Article 17**

Aux fins de la présente convention, les termes « enfants/adolescent » et « adultes/personnes âgées » désignent :

1. 1° Un bénéficiaire peut appartenir à la catégorie des enfants/adolescents jusqu'à l'âge de 23 ans compris.
2. 2° Un bénéficiaire peut appartenir à la catégorie des adultes/personnes âgées dès qu'il a 15 ans ou plus.
3. 3° Pour les personnes âgées de 15 à 23 ans, l'attribution à la catégorie des enfants/adolescents ou à celle des adultes/personnes âgées dépend du contexte spécifique évalué par le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien concerné.
4. 4° Par période de 12 mois, un bénéficiaire ne peut appartenir qu'à une seule catégorie.

Les membres de la famille tels que les parents, les enseignants, les proches ou les partenaires des bénéficiaires peuvent également être présents lors des interventions, ceci uniquement après autorisation du bénéficiaire. Chaque séance avec des proches compte pour une séance.

### **Suivi - Comité d'accompagnement**

#### **Article 18**

**§ 1.** Il est créé, au sein du Comité de l'assurance, un comité d'accompagnement composé

Comme suit :

6 représentants des associations professionnelles représentatives des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens, dont un nombre égal de néerlandophones et de francophones ;  
2 représentants des organisations des familles, dont un néerlandophone et un francophone ;

2 représentants des organisations de patients, dont un néerlandophone et un francophone ;  
6 membres du comité de conventions entre les établissements de soins et les organismes assureurs, comprenant autant de représentants des établissements de soins que des organismes assureurs et comprenant autant de néerlandophones que de francophones ;

3 médecins généralistes désignés par les organisations représentant les médecins au sein du Comité de l'assurance, dont au moins un néerlandophone et au moins un francophone ;  
2 psychiatres désignés par les organisations représentant les médecins au sein du Comité de l'assurance, dont un néerlandophone et un francophone ;

2 représentants des réseaux SSM ;  
2 experts du SPF Santé publique pour soutenir les réseaux SSM et les hôpitaux dans la mise en œuvre de cette convention ;  
l'administration de l'INAMI ;  
un conseiller du ministre des Affaires sociales et un conseiller du ministre de la Santé publique.  
un représentant de l'administration des entités fédérales concernées.

tâches du comité d'accompagnement sont les suivantes :

1. 1° formuler une proposition de rapport et d'enregistrement des données sous la forme d'une clause d'amendement à la présente convention ;
2. 2° le suivi global des tâches des réseaux prévues par la présente convention et la rémunération des deux fonctions ;
3. 3° l'analyse des rapports d'activité soumis par les réseaux SSM ;
4. 4° formuler un avis concernant un projet d'un protocole d'évaluation des tâches prévues par la convention ;
5. 5° formuler des solutions à tout problème qui pourrait survenir pendant la durée de la présente convention en ce qui concerne la mise en œuvre de la présente convention;
6. 6° évaluer les montants inclus dans la présente convention.
7. 7° la formulation d'avis et de recommandations en vue d'un ancrage structurel après l'expiration de la convention.

### **Dispositions transitoires de la convention actuelle**

#### **Article 19**

Pour la détermination du nombre de séances visées aux articles 4 et 6, il n'est pas tenu compte du nombre de séances prévues par la convention conclue entre le Comité d'assurance, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne (« convention PPL »).

Le réseau et l'hôpital fournissent à l'INAMI un relevé de l'utilisation des sommes versées en application de l'article 16 de la « convention PPL » susmentionnée. Les montants encore non- utilisés au 1<sup>er</sup> septembre 2021 pourront être utilisés pour la compensation des coûts de démarrage dans le cadre de cette convention, sous réserve de l'approbation de l'INAMI.

### **Assurance responsabilité civile professionnelle**

#### **Article 20**

En ce qui concerne les missions et prestations réalisées dans le cadre de la présente convention, le réseau SSM est chargé d'informer les acteurs impliqués dans la réalisation de ces missions et prestations de la nécessité de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.

### **Contrôle**

#### **Article 21**

Le réseau SSM et l'hôpital s'engagent à autoriser les médecins inspecteurs ou leurs mandataires du Service d'évaluation et de contrôle médical à effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

### **Des tribunaux compétents**

#### **Article 22**

En cas de litige entre les parties concernant la présente convention, seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents.

#### **Article 23**

Bruxelles,

Pour le Comité de l'assurance: Le fonctionnaire dirigeant

Pour le réseau de santé mentale XXX, (nom et prénom du directeur général de l'hôpital avec lequel le SPF SP a conclu une convention B4) Signature :

Pour l'hôpital, (Nom et prénom du directeur général de l'hôpital qui exécute l'ordre de facturation) :  
Signature :

### **Période de validité de la convention**

**§ 1.** La présente convention entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1<sup>er</sup> septembre 2021. Elle remplace à partir de cette date, la convention conclue entre le Comité des assurances, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne.

**§ 2.** La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2023 et ne sera pas recon- duite automatiquement.

**§ 3.** Le défaut de signature d'une clause modificative proposée par le Comité de l'assurance entraîne la résiliation automatique de la convention à partir du premier jour du troisième mois suivant l'envoi de la clause modificative.

**§ 4.** La présente convention peut être résiliée à tout moment par l'une des parties. Cette rési- liation est valable à partir du premier jour du troisième mois qui suit la résiliation. Dans chaque cas, la continuité des soins des bénéficiaires doit être assurée.

### **Engagement spécifique**

#### **Article 24**

En signant cette convention, le directeur général de l'hôpital qui signe cette convention au nom du réseau SSM confirme que cet accord a été discuté et approuvé au préalable par le réseau SSM, et en particulier par les représentants au sein du réseau de la fonction principale : « activités de prévention, de promotion de la santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de diagnostic » dans les réseaux adultes ou du programme d'activité 1 : « détection et intervention précoces » dans les réseaux enfants et adolescents, tels qu'ils sont définis dans le « Guide pour de meilleurs soins de santé mentale pour les adultes » ou dans le « Guide pour une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents ».

**RIZIV-INAMI – Dienst voor geneskundige verzorging – Service des soins de santé**





*“ Je mets beaucoup d'ordre  
dans mes idées.  
Ça ne va pas tout seul :  
Il y a des idées  
qui ne supportent pas l'ordre  
et qui préfèrent crever!  
À la fin j'arrive à avoir  
beaucoup d'ordre  
et presque plus d'idées.”*

*Norge, «Les oignons», 1953*