



Bruxelles, 5 avril 2022

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS
D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE

REPRÉSENTÉE À LA COMMISSION DES PSYCHOLOGUES
ET AU CONSEIL SUPÉRIEUR DES INDÉPENDANTS

à Monsieur Frank Vandembroucke,
ministre de la Santé et des Affaires Sociales

à Monsieur David Clarinval,
ministre des Classes Moyennes et des Indépendants
pour information

à Monsieur Joris Lagrou
président de la Commission des psychologues
pour information

Nota Bene : ce courrier - toujours d'actualité - comme tous les autres adressés au ministre est resté sans réponse, si ce n'est une formule-type non signée : «Nous traiterons ces questions en interne». Tout comme le cabinet De Block, le cabinet Vandembroucke a toujours refusé de recevoir l'APPPsy.

Monsieur le Ministre,

malgré l'admiration et les remerciements qui vous sont dûs pour le travail immense exécuté au plus fort de la pandémie, je me vois contraint de vous envoyer une lettre peu agréable et moins encore diplomatique. Vous m'en voyez désolé. Puis-je vous demander de prendre le temps d'en prendre connaissance jusqu'au bout ? Les enjeux sont importants et les faits accablants. Si votre cabinet refuse de nous recevoir, qu'il prenne au moins le temps de nous répondre.

Je suis malheureusement contraint de mettre la diplomatie au panier. Les façons de faire de votre cabinet et les dégâts occasionnés ne me laissent pas le choix. Le covid n'excuse pas tout. S'il est choquant d'ignorer les courriers d'associations professionnelles reconnues, directement impactées par votre politique, il est pire de légiférer, sans interlocuteurs compétents, en une matière dont vos conseillers ignorent manifestement tout. Je veux parler de la *santé mentale*. Sa spécificité, ses besoins réels, son abord scientifique, ne sont nullement pris en compte dans les mesures aussi coûteuses que contraignantes que vous imposez. Pire encore, ces mesures mettent en péril les bases-mêmes du travail clinique en santé mentale.

Je ne doute pas de votre bonne foi. Je ne fais pas de procès d'intention. Je relis simplement votre interview, publiée par le journal *Le Soir* du 15 février dernier. Par-delà la description de merveilles présentes et à venir, elle témoigne surtout de la non-connaissance du terrain de la santé mentale. La notion même de «première ligne» confirme l'application d'un schéma techno-médical peu compatible avec la *liberté thérapeutique* du psychologue clinicien et avec le *choix du patient*. Passer du «généraliste» au «spécialiste», via l'«expert», pour celles et ceux qui sont «conventionné(e)s», procède pareillement d'une hiérarchisation des symptômes, selon un modèle sans rapport avec la réalité clinique du travail en santé mentale. Les rares spécialisations n'y répondent aucunement à un schéma de type médical.

De plus, une consultation «tout venant» ne demande pas une moindre compétence que l'accueil d'un grand délire. On ne sait jamais à l'avance quelles abysses se dissimulent, ou non, sous une plainte d'apparence anodine. Faute de formation suffisante - et la formation universitaire ne suffira jamais - on n'entend pas, on banalise, on dramatise, on oriente mal. Enfin, *la relation thérapeutique n'est pas interchangeable*. Ce n'est pas un outil qu'on prend et qu'on laisse, au gré des techniques et des diagnostics. L'image martiale de la «première ligne» n'a de pertinence que dans le *debriefing* urgent des grands traumatismes collectifs.

Mais le pire est encore à venir. Déclarer comme vous le faites, Monsieur le Ministre, que «*Le patient est indivisible*» et que «*les aspects ayant trait à la santé mentale et somatique sont intimement connectés*» relève d'une évidence qui n'est plus à démontrer. Par contre, en conclure qu'il est dès lors «*demandé aux psychologues cliniciens de partager un rapport avec le médecin généraliste du patient*», comme «*dans les soins de santé somatiques*», ne relève d'aucun rapport logique avec l'assertion initiale — encore moins d'une expérience de terrain. C'est une affirmation dénuée de fondement clinique, social et scientifique : surtout pour les psychologues qui travaillent spontanément, et depuis toujours, avec les médecins psychiatres et avec les généralistes.

Nous nous heurtons en fait à une pétition de principe (partager le rapport avec le généraliste) qui dissimule une tout autre «logique» que celle de la qualité et de l'accessibilité des soins. Il s'agit du *lobbying corporatiste* de quelques psychologues peu formés, prêts à se satisfaire d'un statut sous-médical, et à sacrifier leur *autonomie* et leur *spécificité* sur l'autel de l'INAMI pour quelques euros de plus (75€ pour quelques séances conventionnées contre 60€ en moyenne, hors convention, pour les psychologues travaillant en région bruxelloise). La promotion de l'interdisciplinarité n'est ici que l'argument de vente d'une para-médicalisation de fait — et c'est d'autant plus grave qu'une partie des contraintes imposées aux psychologues conventionnés, s'applique sans distinction à tous les cliniciens, soumis désormais à un «agrément» qui ne garantit nullement leur compétence.

Le *dossier patient informatisé* (DPI) s'impose comme une évidence et comme un outil majeur dans le champ des pratiques techno-médicales. En médecine des organes, il peut sauver des vies. Mais il importe de ne pas tout mélanger et de rappeler que, *si la psychologie clinique relève du domaine de la santé, ce n'est pas une pratique médicale pour autant*. À son niveau de responsabilité, elle ne peut se passer d'un *secret professionnel rigoureux*. Or, en techno-médecine, celui-ci a pratiquement disparu. Dans l'univers managérial du DPI, les données fuient de toute part. Un chirurgien orthopédiste m'a raconté avoir reçu tout récemment un homme politique connu : le lendemain, ce médecin consulte une banque de données médicales qui - sans qu'il l'ait cherché - lui apprend que son patient avait suivi l'an passé un cure de désintoxication alcoolique — aspect de son existence qu'il préférerait garder sous

silence. Il est bon de savoir que tout pharmacien de village, consulté fortuitement durant les vacances, peut désormais commenter - sans y être invité - notre traitement anti-VIH.

Ce qui est déjà inadmissible dans un contexte médical, l'est plus encore dans le domaine de la psychologie clinique. Outre le fait que l'érosion du secret constitue une sérieuse menace pour la démocratie (le secret professionnel est une matière de droit public), dans le champ de la santé mentale elle compromet toute relation thérapeutique. *Les souffrances psychiques en effet ne sont pas des maladies*. Elles échappent au schéma standardisé «diagnostic-soin-soin-spécialisé». Elles s'inscrivent dans l'ensemble de notre champ relationnel. Aux tourments issus des handicaps, des conflits, des traumatismes et des deuils, viennent s'ajouter les sentiments *d'échec, d'impuissance et de honte* qui empêchent de consulter. La dépression et le burnout sont la plupart du temps vécus comme des défaillances et des fautes — ce pourquoi nombre de patients, pour garder son estime, ne partagent pas leur intimité avec leur généraliste. C'est à chaque thérapeute, avec prudence et au cas par cas, de juger de l'opportunité d'une collaboration ou non avec d'autres professionnels de la santé.

Faut-il répéter, Monsieur le Ministre, combien il est peu responsable de légiférer en *santé mentale* sans tenir compte, ni même vouloir s'informer, de la spécificité et des nécessités propres de ce champ ? De faire sous-traiter par l'INAMI une matière dont cet institut (socialement essentiel mais voué spécifiquement à l'encodage budgétaire des actes de la techno-médecine managériale des organes) ignore tout. En réalité, la coûteuse mise sur le marché de psychologues «conventionnés» n'avantage véritablement que ces psychologues eux-mêmes, sans offrir les garanties de sérieux et de travail en équipe rencontrées, par exemple, dans les Services de Santé Mentale (SSM). C'est une opération purement corporatiste. Pire encore, elle empêche les psychologues cliniciens les mieux formés de travailler en accord avec la déontologie de leur profession. J'insiste sur «mieux formés» car c'est un véritable critère de démarcation : le manque de souci en matière de secret professionnel, l'absence d'état d'âme concernant le DPI, signe un manque grave d'expérience des situations cliniques.

Comment pouvez-vous justifier, Monsieur le Ministre,

- de *refuser avec mépris* («On vous écrira») de recevoir la seule association nationale reconnue, composée exclusivement de psychologues cliniciens psychothérapeutes (APPPSY) ; qui fut la cheville ouvrière de la *loi Onkelinx (2014) sur la santé mentale, la psychologie clinique, la psychothérapie* (votée sous les applaudissements de la Chambre) ; et l'initiatrice d'un véritable *Conseil supérieur des professions de la santé mentale*, représentant de la diversité des acteurs du terrain réel. Ce Conseil, prévu par la loi de 2014, était censé réfléchir aux questions de fond et proposer des solutions en rapport avec la réalité sociale. Il était l'émanation d'un travail de 15 ans (initié sous le cabinet Demotte) ayant débouché sur *un consensus de tous les acteurs concernés*. Il a été saboté par la loi De Block (2016) et remplacé par *une instance purement corporatiste à la composition arbitraire, qui travaille en secret, avec l'interdiction de sortir du cadre de la loi de 2016*. La composition de ce conseil n'est pas celle d'un Conseil de la santé mentale. Il en a usurpé le nom. Il comporte certes quelques personnes de valeur, mais ses avis sont sans crédibilité et sa présidente sans légitimité

- de *ne répondre à aucun courrier* tentant de vous alerter sur le fond de certaines problématiques graves — y compris même les courriers du cabinet du SPF-Classes Moyennes
- de *ne tenir aucun compte* du *Règlement général sur la protection des données* (RGPD) ; des avis de l'*Autorité de protection des données* (APD), de la *Cour constitutionnelle*, et du *Conseil supérieur de la santé* (CSS)
- de *produire sans concertation*, des textes de loi ou des textes administratifs qui bafouent - ou maintiennent dans l'ambiguïté - les prescrits de la loi de 1993-2013, instaurant la *Commission des Psychologues*, ses *Conseils disciplinaires*, et son *Code de déontologie*
- d'*obliger les psychologues cliniciens* à travailler dans un cadre administratif et clinique qui les oblige à violer les prescrits les plus importants de leur Code de déontologie — code dont le respect conditionne l'autorisation à porter le titre de «psychologue»
- de *ne manifester aucun souci* des enjeux majeurs - démocratiques et cliniques - portés par la question du *secret professionnel* dans le champ de la santé mentale — ceci malgré de multiples mises en garde dont nous nous ferons l'écho détaillé dans un courrier séparé.

Mais votre cabinet, Monsieur le Ministre, bénéficie peut-être de circonstances atténuantes ?

- tout d'abord, *il a forcément hérité du peu d'intérêt pour la santé mentale* manifesté par la plupart de vos prédécesseurs. Une regrettable erreur. En effet, les soins peu coûteux déployés dans le domaine de la santé mentale ont un impact majeur, en matière de prévention, dans l'ensemble du champ de la santé. D'après mes contacts, le budget de la Santé mentale semble ne jamais avoir dépassé plus de 5% du budget total de la santé — ceci jusqu'en 2020 où il serait monté à environ 6%. J'emploie le conditionnel car mon ami Pierre Pestieau (ULG, enseignant et chercheur en Finances publiques) me signale qu'il n'y a pas suffisamment de données fiables en Belgique pour établir un nombre précis
- ensuite, *vos collaborateurs ont inscrit leurs pas dans ceux de Maggie De Block*. Cette personne était censée élaborer les Arrêtés d'exécution de la loi Onkelinx (2014) sur *la Psychologie clinique, la psychothérapie et les professions de la santé mentale*, adoptée par tous les partis, N-VA et Vlaams Belang exceptés. Dès son entrée en fonction, Madame De Block a décrété que «Cette loi était malade, et qu'il fallait la réparer» (sic) : une curieuse conception de la médecine — mais la compétence de la précédente Ministre de la santé n'est plus à démontrer. C'est elle qui a traité de «*Drama queens*», en mars 2020, les médecins lanceurs d'alerte au début de la pandémie. C'est elle aussi qui a eu soin, dans le domaine de la santé mentale, de s'entourer de deux conseillers expérimentés : un médecin interniste gantois n'ayant jamais manifesté le moindre intérêt pour la question ; un titulaire de Master en anthropologie de la KUL, ayant pour tout état de service celui d'avoir assisté la ministre à l'«Asile et à la migration». Mais il faut encore ajouter un spécialiste extérieur au cabinet : un psychologue corporatiste, toujours à la manœuvre à ce jour, administrateur délégué de la VVKP, payé pour faire du lobbying, et n'hésitant pas à argumenter avec rigueur. Par exemple : *quand Francis Martens voit dans la loi De Block une menace pour le secret professionnel*, «*Il ment*.

Qui plus est, il ment délibérément» (sic). Cet avis scientifique a été publié dans les deux langues sur le site officiel de la *Belgische federatie voor psychologen - Fédération belge des psychologues*. C'est sous l'empire d'un tel lobbying que la ministre De Block a refusé de recevoir l'APPPsy — ce qui ne l'a d'ailleurs pas empêchée, lors d'une conférence de presse, puis devant la Commission santé de la Chambre, d'affirmer qu'elle nous avait reçus deux fois. Tel est le niveau du débat.

C'est désolant parce que cette absence de réflexion et de concertation, cette soumission à des enjeux purement corporatistes, débouchent sur des codes INAMI sans rapport avec la réalité, et sur l'imposition d'un dossier personnel informatisé (DPI) qui empêche les psychologues de travailler en accord avec les exigences éthiques et relationnelles de leur métier.

Je termine, Monsieur le Ministre, par quelques balises (sans références bibliographiques pour ne pas alourdir le texte) pour aider à différencier le champ de la santé mentale de celui de la techno-médecine managériale des organes :

- 1) santé mentale et santé sociale sont indissociables. Si le champ de la *santé mentale* s'inscrit dans celui de la *santé*, ce dernier ne se réduit nullement au champ de la *médecine*. Le domaine psycho-économico-social de la prévention déborde largement celui-ci. En santé mentale, les soins ne s'apparentent que rarement à des traitements médicaux
- 2) en santé mentale, on n'a affaire que rarement à des maladies (*diseases*), encore moins à des troubles (*disorders*). À la suite de l'anthropologie de la médecine, il importe de distinguer entre «*illness*» (la maladie comme état de souffrance individuelle), «*sickness*» (la maladie comme phénomène social), et «*disease*» (la maladie comme entité nosographique médicale). Notons que la notion purement statistique de «*disorder*» a remplacé toute réflexion psychopathologique, via l'imposition progressive en psychiatrie du *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (DSM). Ce lexique codifié, conçu aux USA, était censé permettre aux psychiatres du monde entier de mieux communiquer entre eux. Rattrapé par le management pharmaceutique, il s'est transformé en répertoire codé d'écarts à la norme des plus hétéroclites, aux fins de prescription des molécules correspondantes. Il y a peu, dans notre pays, le Conseil supérieur de la santé (CSS) a mis en garde contre un usage irréfléchi du DSM
- 3) les souffrances individuelles sont toujours aussi *relationnelles*, et l'on ne peut jamais séparer les souffrances «de l'âme» des détresses somatiques. Dans le travail en santé mentale, on rencontre nombre de maladies - comme le cancer - qui font souffrir, et plus encore de *souffrances qui rendent malades* — en affaiblissant notre système immunitaire et en nous exposant consécutivement au déclenchement de diverses maladies exogènes ou endogènes, ou encore en nous poussant à des conduites à risques. Cela ne veut pas dire qu'il faut mettre un immunologue derrière chaque psychologue, mais bien plutôt tenir compte politiquement de l'importance économique et sociale du travail en santé mentale en matière de *prévention*
- 4) dans le travail de consultation en santé mentale, la différence entre troubles «légers à moyens», et troubles «graves» demandant des soins «spécialisés», n'est pas pertinente. Inspirée du DSM («*disorders*» pour les psychiatres, «*problems*» pour les

psychologues), elle est mimétique par rapport à une sémiologie de type médical. En psychologie clinique, le diagnostic se construit dans la relation et fait déjà partie d'un chemin thérapeutique individualisé. Il n'implique qu'exceptionnellement le recours à des processus spécialisés

- 5) pour des raisons structurelles, *la formation à la psychothérapie ne peut se faire exclusivement à l'université* (inscription à quelques modules spécialisés et stages supplémentaires) : elle implique l'évaluation qualitative d'une maturation personnelle, et d'une aptitude humaine non réductible à l'acquisition brillante de savoirs spécialisés. *Nota bene* : dans l'état actuel des choses, les Facultés de Psychologie sont de toute façon débordées (plus de mille inscrit(e)s en première année à l'ULB, en 2022), au point d'être devenues incapables d'organiser des examens universitaires dignes de ce nom — c'est-à-dire en rapport avec le développement d'une pensée critique. Ne parlons même pas de stages. J'évoque l'ULB parce qu'il s'agit d'une faculté renommée. Pratiquement, un(e) étudiant(e) sorti(e) en 2020 aura eu droit à 2 ou 3 examens en tête à tête durant tout son cursus. Le reste n'est que QCM : questionnaires à choix multiples, corrigés automatiquement, évaluant principalement l'aptitude à répondre à des QCM, selon un schéma proche des jeux télévisés
- 6) *santé mentale et pauvreté* sont intimement liées : il y a longtemps que des études sociologiques ont établi que le nombre de consultations en psychiatrie croissait avec le degré de pauvreté. De plus, à pauvreté égale, la santé mentale diminue avec la mise-à-mal du tissu social : le fait, par exemple, ne plus appartenir à aucune communauté religieuse, aucun club sportif, aucune association syndicale
- 7) c'est presque une banalité de le dire, mais *santé mentale et santé sociale sont indissociables*. Depuis bien avant la pandémie du covid-19, l'OMS a établi que *la dépression est devenue la première cause d'invalidité au monde*, et qu'elle est corrélée en premier avec la *solitude*, en second avec le *chômage*. C'est dire l'étendue du spectre des interventions en santé mentale, et le danger d'une excessive médicalisation
- 8) *au niveau thérapeutique individuel*, il y a consensus quant à l'association de psychothérapie et de médicaments pour soigner efficacement la dépression. Dans la pratique, la prescription d'antidépresseurs reste néanmoins prévalente. Elle alimente un gigantesque marché. Il est scientifiquement établi pourtant que les antidépresseurs de dernière génération - notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) - ne fonctionnent pas mieux que des placebos, sauf cas de dépression grave (Hirsch, I, 2008)
- 9) la question de l'«effet placebo» n'a rien d'anecdotique : des milliers d'études expérimentales randomisées ont mis en évidence, depuis trois quarts de siècle, la présence d'au moins 33% d'effet placebo, en moyenne, dans *toutes les thérapeutiques* répertoriées, et pour *toutes les maladies* connues. Dans certains cas, cela monte à 66% et plus. Cet effet thérapeutique atypique concerne aussi bien les psychothérapies que les opérations chirurgicales. Il ne s'agit évidemment pas de prescrire aventureusement des placebos, mais de prendre acte de ce qui se passe objectivement sur le terrain : par exemple, de l'efficacité indéniable de traitements objectivement farfelus. Dans le sillage des phénomènes de suggestion étudiés par Hyppolite Bernheim au XIX^{ème} siècle, l'effet placebo-nocebo met en évidence les mécanismes de guérison occultés

par les techniques médicales qui - pour nous sauver la vie - nous réduisent à nos organes. Pratiquement, la techno-médecine ne tient aucun compte de l'effet placebo-nocebo, bien que celui-ci puisse optimiser ou mettre en échec les thérapeutiques les plus éprouvées («nocebo» signifiant en latin : «je nuirai»). Il s'agit d'un domaine de la santé mis en évidence par la recherche scientifique mais occulté par l'idéologie médicale. Or, il se fait que c'est dans un champ apparenté qu'évoluent la plupart des pratiques en santé mentale, dans la mesure où elles partagent la dynamique de base de l'effet-placebo-nocebo : importance *de la relation et du contexte* thérapeutiques en tant que tels, importance de pouvoir *conférer un sens* - même tout imaginaire - à ce qui nous arrive, importance de pouvoir *prendre une part active* - via la ritualité de tel ou tel traitement - à ce que nous impose la maladie.

De ce qui précède s'ensuit que vouloir formater les pratiques en santé mentale selon les standards managériaux de la techno-médecine des organes, équivaut à nier leur spécificité et à leur couper les ailes. De plus, vouloir imposer aux psychologues le viol d'un code de déontologie protégé par la loi - et dont le secret professionnel constitue la clef de voûte - est politiquement abusif et cliniquement irresponsable.

Je vous demanderais donc, Monsieur le Ministre, de ne prendre à la légère aucune des remarques reprises dans ce courrier.

Je vous demanderais surtout de ne prendre aucune mesure dans le champ de la santé mentale sans avoir constitué puis consulté le *Conseil supérieur des professions de la santé mentale* prévu par la loi de 2014. Sans rapport avec la parodie corporatiste ayant usurpé ce nom, ce conseil est censé réunir la diversité des praticiens du terrain réel : psychologues, psychiatres, médecins généralistes, pédagogues, travailleurs sociaux, infirmiers, représentants des universités, éducateurs, psychothérapeutes, policiers de quartier, enseignants, criminologues, ... Il est également censé générer en son sein un *Conseil de la psychothérapie* chargé de réfléchir aux spécificités de la formation en la matière, dans la mesure où elle ne peut se réduire à une spécialité réservée aux psychologues, ni à un cursus universitaire spécialisé.

Je vous demanderais enfin, Monsieur le Ministre, de bien vouloir respecter les prérogatives de la *Commission des psychologues*, seule instance habilitée légalement à veiller à la déontologie de tous les psychologues, et à permettre aux titulaires d'un Master en psychologie de porter le titre de «psychologue», sur base du respect d'un code de déontologie élaboré au sein de la profession et sanctionné par la loi.

En vous remerciant pour votre attention, bien à vous,

Francis Martens

président de l'APPPsy *



francis.martens@skynet.be

95, rue de l'Arbre-Béni
1050 Bruxelles

<https://www.apppsy.be/>
info@apppsy.be

* pour m'identifier,

psychologue et anthropologue de formation

j'ai enseigné la psychologie de l'enfant, la psychologie expérimentale, la psychologie clinique à l'université
enseigne en troisième cycle de formation à la psychothérapie avec les enfants

pratique la psychothérapie (psychanalyse) avec des adultes, des adolescents, des enfants

préside le Conseil d'éthique de l'Association des services de psychiatrie et de santé mentale de l'UCL

ai été à l'initiative de la création du Conseil supérieur des professions de la santé mentale

ai été nommé officier de l'ordre de Léopold II pour mon engagement dans la défense de la profession de psychologue