

# *Psychologie clinique, psychothérapie, santé mentale : que penser de la loi de 2016 ?*

*Communication à la Commission Santé de la Chambre, Bruxelles, 16 mai 2018  
APPPsy, Francis Martens*

Fédération professionnelle nationale reconnue par le SPF-Classes Moyennes et membre actif de la Commission des Psychologues (*Compsy*), l'Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique (*APPPsy*) a été fondée en 1986. C'est à ce jour la seule association belge qui soit composée exclusivement de psychologues cliniciens formés à la psychothérapie. L'*APPPsy* a pour vocation de défendre et de promouvoir les conditions de formation, d'organisation et d'évaluation des pratiques cliniques, propres à l'exercice de la psychothérapie dans le champ de la santé. Tout particulièrement, la nécessité d'un cursus post-universitaire institutionnel et personnel — garant de l'expérience et de la maturité émotionnelle de praticiens voués à accompagner, dans la relation et la parole, des femmes, des hommes, des adolescents, des enfants, en proie à de profondes souffrances psychiques tout comme à de graves désarrois comportementaux.

Depuis sa fondation, l'*APPPsy* œuvre à faire inscrire la pratique de la psychologie clinique et de la psychothérapie dans le champ des professions de la santé en tenant compte de leur spécificité propre — telle qu'attestée par l'équation *santé mentale-santé sociale*, mise en lumière par de multiples recherches sociologiques tout autant que par l'Organisation Mondiale de la Santé (*OMS*). C'est à ce titre que nous avons proposé, il y a une quinzaine d'années, la création d'un *Conseil Fédéral Supérieur des Professions de la Santé Mentale*, constitué de représentants des professions multiples du terrain réel (non seulement psychologues, psychothérapeutes, psychiatres et médecins généralistes, mais aussi infirmiers, éducateurs, pédagogues, enseignants et bien sûr travailleurs sociaux).

De même, nous avons proposé la création d'un *chapitre III - «Les professions de la santé mentale»* - au sein de l'Arrêté Royal 78 (désormais loi du 10 mai 2015) sur «L'exercice des professions des soins de santé» — ceci afin de tenir compte des impératifs spécifiques d'un champ capital en matière de *prévention* (qu'on pense, par exemple, aux comorbidités somatiques multiples accompagnant les états dépressifs) et dont les critères de fonctionnement (organisation, formation, évaluation) ne peuvent nullement se calquer sur ceux — hétérogènes et complémentaires — de la techno-médecine des organes.

Le projet de loi Onkelinx-Muyllé du 4 avril 2014 (réglementant les professions des soins de santé mentale et adopté par l'ensemble des partis, Vlaams Block et NV-A exceptés) avait commencé à œuvrer dans ce sens, mais la fin proche de la législature n'avait pas donné le temps de mettre en œuvre les arrêtés d'exécution. Après les élections, plutôt que de mener à bien un chantier validé par son propre parti (VLD), l'actuelle Ministre de la Santé a déclaré la loi «malade» (sic) et a préféré, de son propre chef, en saccager et l'esprit et la lettre. Ce faisant, elle n'a tenu aucun compte de la quinzaine d'années de concertation entre tous les intervenants qui avait abouti à la loi de 2014.

La Ministre de la Santé n'a retenu de l'ancienne proposition de l'*APPPsy* que *le nom* de l'actuel *Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale*. Cette instance en effet n'est orientée par aucune politique en matière de santé mentale : même le terme n'est pas défini. Le Conseil en réalité n'est composé que de psychologues, de médecins et d'orthopédagogues — une profession plutôt latérale dans le champ de la santé mentale. Bien qu'appelé à réfléchir en priorité sur l'exercice de la psychologie clinique et de la psychothérapie, il ne comporte en son sein la présence obligatoire d'aucun psychiatre ni d'aucun psychothérapeute (elle n'est néanmoins pas interdite). Pour d'obscures raisons, le fonctionnement du Conseil est soumis à une confidentialité qui s'apparente au «secret-défense». Le choix des associations ayant pu présenter des candidats s'est avéré par ailleurs arbitraire. Ainsi, alors qu'il s'agit prioritairement de délibérer en matière de psychothérapie et de psychologie clinique, l'*APPPsy* — constituée exclusivement de psychologues cliniciens

psychothérapeutes - s'est vu rejetée car «trop spécialisée» (sic). L'association des médecins psychogériatres a par contre été retenue... Une telle incohérence, un tel arbitraire, ne relèvent d'aucune logique en matière de santé mentale. Lors de l'élaboration de la nouvelle loi et malgré notre demande réitérée, la Ministre a refusé explicitement de nous recevoir. Devant la Commission Santé par contre, elle a prétendu avoir eu contact avec nous. Par la bouche de sa porte-parole, nous avons même appris qu'elle nous avait reçu deux fois (sic).

Avec constance la ministre avance masquée, sans concertation ni connaissance du terrain. Néanmoins, à l'absence de projet spécifique en santé mentale vient se substituer *une logique qui ne dit pas son nom*. Tout se passe en effet comme si - prioritairement - il fallait à terme libérer la gestion de la santé de la pesanteur et du coût du Service Public. Dans un certain cadre de pensée en effet, un hôpital, un palais de justice, une université, sont «des entreprises comme les autres». Ces institutions non marchandes – qui «coûtent cher» au denier public - sont donc priées de se plier aux contraintes d'un managérisme calqué sur l'optimisation financière plutôt qu'axé sur l'accomplissement de leurs finalités propres.

Dans cette logique, héritée d'un type de gestion orientée par l'augmentation des dividendes plutôt que par le bien de l'entreprise, il s'agit de réduire au maximum l'impôt, faute de pouvoir totalement s'en passer. Des *procédures simples d'évaluation quantitative des prestations et des coûts* apparaissent dès lors capitales — même quand il s'agit d'activités qui, par nature, ne sont pas ou peu directement quantifiables et requièrent d'autres types d'évaluation. En techno-médecine des organes, il est certes possible d'élaborer des *guidelines* référant à de «bonnes pratiques» *evidence based* en matière, par exemple, de gestes standardisés et de laps de temps moyen pour la pose d'un cathéter. Mais outre le fait que le respect craintif des procédures et des évaluations peut mener à de grandes violences contre le corps des patients, comment appliquer de tels standards à la meilleure thérapeutique connue pour la *dépression* (une association judicieuse de pharmacodynamie et de psychothérapie), compte tenu de la durée a priori indéterminée d'une psychothérapie de fond, et de l'impact de l'état dépressif sur la vie économique et sociale dans son ensemble — vu le degré d'invalidité qu'il entraîne, et le cortège potentiellement illimité d'affections somatiques auxquelles il ouvre la voie ?

De même, comment standardiser et rendre quantifiable le trajet thérapeutique de vingt anorexiques aux symptômes apparemment comparables, sans éluder le fait que s'agissant ici d'une souffrance relationnelle de fond, qui a trouvé dans l'anorexie sa *solution de moindre mal*, c'est individuellement qu'il faut la déconstruire. Chasser le symptôme par divers artifices expose ici à le voir resurgir sous d'autres formes. Ce n'est pas le cas pour certaines phobies où l'allègement des symptômes suffit quelquefois à l'autoguérisson. Dans d'autres cas, il peut s'agir d'un rempart ultime contre des états psychotiques, et c'est tout autre chose. En tout état de cause, la seule utilité de l'*evidence based medicine* en matière d'anorexie mentale, c'est l'établissement d'un certain rapport taille-poids en dessous duquel le gavage est la seule alternative à la mort par inanition. Mais nous ne sommes plus dans le domaine de la santé mentale.

Dans son communiqué de presse du 5 février 2016, commentant sa «guérison» de la *Loi relative aux professions des soins de santé mentale* adoptée en 2014, la Ministre de la Santé déclarait : «*Cette mesure nous permet d'encore mieux garantir la qualité des soins de santé mentale à nos patients.*» Mais cette assertion mérite d'être nuancée. D'une part, la loi en question ne se préoccupe pas de santé mentale (le thème n'est jamais défini) mais de certains actes techniques des médecins, des psychologues et des orthopédagogues, ainsi que de leur hiérarchisation au profit des médecins. Sans formation ces derniers ont le droit de pratiquer tous les actes de la psychologie clinique, tandis que les psychologues et les orthopédagogues peuvent pratiquer l'«acte psychothérapie» sur base d'un simple apprentissage technique à l'université, et en tant que «petites mains» des médecins prescripteurs. D'un autre côté, le langage de la ministre est codé. Quand elle dit «qualité», il faut entendre «quantité» : transformation de la relation clinique en procédures formatées aux fins d'évaluation quantitative permettant un contrôle facilité (on parle de la création conjointe d'un Conseil supérieur de la qualité et d'un Conseil supérieur de Contrôle).

En l'absence de politique propre dans le domaine de la santé mentale, le leitmotiv de la ministre réside dans la «traque aux abus» et dans la «chasse aux charlatans». Mais en réalité, son démantèlement de la profession de psychothérapeute et de la formation personnelle qu'elle implique (au profit d'un simple complément de cursus académique) ouvre une large porte aux charlatans diplômés. Les modalités propres d'*organisation*, de *formation* et d'*évaluation* des professions de la santé mentale sont totalement ignorées. Le champ spécifique de la psychologie clinique, son enracinement dans l'ensemble complexe de la psychologie, sa complémentarité sans subordination avec l'exercice de la médecine, semblent ne pas exister. Il est regrettable que des psychologues au statut précaire et à l'avenir incertain perçoivent comme une chance cette négation de leur identité. Il est inquiétant que des patients aux troubles réputés «légers» (dépression, burn-out) soient livrés en «première ligne», pour 11 €, à des psychologues cliniciens sans réelle formation. Dans le cadre interdisciplinaire d'un Service de Santé Mentale (SSM), les plus démunis auraient obtenu la gratuité pour rencontrer un professionnel compétent.

Il reste que la seule logique perceptible dans l'ignorance délibérée dont témoigne la ministre, réside dans la volonté de réduire les multiples facettes du travail interdisciplinaire en santé mentale à un ensemble formaté de procédures, exécutables par des praticiens interchangeables et selon des modalités aisément quantifiables. Dans cet univers du *contrôle* où l'idéologie managériale tient lieu de politique, la transposition du modèle de l'*evidence based medicine* à l'exercice de la psychologie clinique semble faciliter les choses. Il devient clair alors que le formatage de *procédures de soin* au détriment de la *rencontre clinique*, n'a de sens que dans la perspective à long terme d'un transfert «clef sur porte» de notre actuel système vers des réseaux privés d'assurance-santé. L'argument «scientifique» n'est en fait qu'un trompe-l'œil dissimulant une profonde aversion pour le service public.

Dans un article de 2014 du *British Medical Journal*, Trisha Greenhalgh et collègues plaident pour une refondation de l'*evidence based medicine* (BMJ 2014, 348, g3725). Déroulée par les multipathologies et parasitée par des enjeux commerciaux, l'*EBM*, en privilégiant les procédures au détriment du colloque singulier, serait en passe de déprofessionnaliser le médecin et de lui faire oublier le patient. Si cela peut s'avérer préoccupant en médecine générale, ce l'est plus encore en psychiatrie, en psychologie clinique, et dans l'ensemble du champ de la santé mentale — là précisément où il s'agit d'accueillir des souffrances qui rendent malades plutôt que des maladies qui font souffrir.

Un dernier mot sur l'assurance-santé : certains pensent que sa privatisation entraînerait plus de souplesse, plus de qualité, et moins de dépenses tant pour l'État que le citoyen. Les statistiques de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) disent tout le contraire. La Belgique ayant parfois tendance à s'inspirer des Pays-Bas, il est bon de savoir que si en 2006 ce pays a totalement privatisé ses assurances de santé, en sept ans ses dépenses globales en la matière ont, de son propre aveu, augmenté de 14,1%. En 2013, 22% des adultes se voyaient contraints économiquement de différer leurs recours à divers soins de santé. En 2014, les Hollandais bénéficiaient du système de santé le plus cher au monde après celui des États-Unis — pays d'une dualisation extrême en matière de santé et classé ex aequo, en 2005, avec le Costa Rica sur l'échelle de la mortalité maternelle.

Ce qui précède n'est pas une digression. L'action de la Ministre de la Santé est destructrice. Sans argument, elle tire un trait sur une décision votée à une majorité écrasante par le Parlement et sur une quinzaine d'années de concertation avec les professionnels du terrain. Les remboursements de consultations psychologiques annoncés sont purement cosmétiques mais se paient au prix fort en qualité des soins. L'équation santé mentale-santé sociale est absente du débat. Les psychologues sont reconnus mais subordonnés aux médecins. Le secret professionnel est malmené. La santé publique cède le pas à la violence idéologique.

Francis Martens