

Ministère de la santé mentale : trouble ou problème ?

Regard critique sur le projet de loi réglementant l'exercice de la psychologie clinique par insertion dans l'arrêté royal n° 78 réglementant l'exercice des « professions des soins de santé » (anciennement « art de guérir ») d'un chapitre 1^{er} quater.

PAR FRANCIS MARTENS

On aimerait faire preuve d'optimisme et chercher, à la manière de Baden-Powell (fondateur du scoutisme), « les 5 % de bon qu'il y a chez le pire des garçons ». Mais la tâche s'avère difficile. Le projet de loi rechigne. Sous prétexte de mettre de l'ordre et d'offrir plus de visibilité en matière de soins de santé, la ministre compétente piétine des plates-bandes dont elle ignore manifestement l'agencement. On l'aurait cru plus verte. S'agissant de santé mentale, en effet, il s'agirait plutôt de prôner l'autonomisation, l'ouverture, la diversification, et de légiférer en conséquence. Le cabinet Aelvoet, tout au contraire, s'embarque dans un processus involutif d'assujettissement des psychologues aux médecins, et de la psychothérapie au modèle technomédical. Dans cette logique, la psychologie clinique

devrait n'être plus qu'une spécialité paramédicalisée parmi d'autres. Voici quelques éléments d'information et de mise en question.

BONNES PAGES

Art. 21 octiesdecies. § 1^{er}. Sans préjudice de la compétence des praticiens de l'art médical visés à l'article 2, § 1^{er}, la psychologie clinique est exercée par un titulaire de l'agrément accordé par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. § 4. Sans restreindre la notion d'art médical, est considéré comme exercice de la psychologie clinique :

1° l'accomplissement habituel d'actes autonomes portant sur la prévention, l'examen, le dépistage, l'identification, la prise en charge

des problèmes psychiques relationnels, organisationnels et fonctionnels des personnes, en assumant la responsabilité de décider si le patient doit être renvoyé à un médecin pour faire constater ou exclure l'existence ou la survenue d'un état pathologique.

2° En collaboration avec un médecin, l'accomplissement habituel d'actes, portant sur la prévention, l'examen, le dépistage, l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution d'un traitement des troubles psychiques d'une affection somatique ou psychopathologique.

§ 5. Le roi peut définir, les actes visés au § 4, 1° et 2° et fixer les conditions de leur exécution après l'avis du Conseil national de la psychologie clinique et après l'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

FAÇON DE FAIRE

Le cabinet Aelvoet a élaboré ce projet dans la plus grande opacité, n'en faisant part même pas à ses alliés politiques les plus proches et faisant fi de toute autre concertation que de façade (ne tenant, par exemple, aucun compte de l'avis unanimement négatif des instances compétentes en matière de santé mentale, réunies par les soins de la Fondation Julie Renson). Le projet a été accepté par le conseil des ministres et soumis au Conseil d'État (procédure d'urgence) qui devrait se prononcer en février. Il sera soumis ensuite à la commission de la Santé de la Chambre puis au vote de cette dernière, à moins que quinze sénateurs ne décident de son examen et de son

amendement éventuel par le Sénat (procédure d'évocation).

INCOHÉRENCE

Le projet de loi introduit une dépendance des psychologues cliniciens par rapport aux médecins (sur le modèle des kinésithérapeutes) en les privant de toute autonomie dans le champ de la *psychopathologie*. Le psychologue clinicien ne garde l'approche autonome que des « problèmes » psychiques. En ce qui concerne les « troubles », le patient (demandeur d'accompagnement psychologique) se voit *obligé* de passer préalablement par l'avis d'un médecin. Celui-ci est libre de le réadresser ou non à un psychologue clinicien. Aux yeux du cabinet, « troubles » et « psychopathologie » sont deux termes équivalents. Pour les distinguer, il se réfère au D.S.M. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), catalogue progressivement imposé par la psychiatrie et les firmes pharmaceutiques américaines. L'originalité du D.S.M. est d'exclure la notion même de psychopathologie¹, mais ce paradoxe semble avoir échappé au ministère. Les « troubles » (*disorders*) représentent près de 99 % des codes descriptifs du D.S.M. Les « problèmes », laissés aux psychologues cliniciens, ne font grosso modo que quatre pages sur trois-cent-quarante. En outre et surtout, dans le champ de la clinique réelle, la distinction entre « trouble » et « problème » est factice et pratiquement inapplicable. Ceci de l'aveu même du cabinet. Exemple de « problème », au sens du D.S.M. : le « deuil non compliqué ».

¹ Voir, dans ce même numéro, « Comment être fou dans les règles ? ».

CONFUSION

Bien que le projet ait pour objet explicite l'*exercice* de la psychologie clinique et non la *protection du titre* de *psychologue clinicien*, la confusion *titre - exercice*, dans les textes, est constamment entretenue. La protection du titre de psychologue clinicien, pourtant en harmonie avec celle du titre de *psychologue* (votée en 1993), est la solution simple et efficace explicitement refusée par le cabinet de la Santé publique, sous le motif que la protection du titre relève du ministère des Classes moyennes (*sic*) et que la ministre de la Santé publique ne veut pas se déposséder de ce dossier.

ARGUMENTAIRE ET DÉFINITION

Une loi, on le sait, verrouille une situation pour longtemps. Mieux vaut donc un bon statu quo qu'une mauvaise loi. Actuellement, les psychologues cliniciens sont reconnus et financés *de facto* par les pouvoirs publics à tous les échelons de la santé mentale. La philosophie générale des textes réglementant l'« art de guérir » date d'une époque où la psychologie clinique était pratiquement inexistante et socialement peu reconnue. L'enseignement de la médecine — progrès technique obligeant — est devenu de plus en plus celui d'une ingénierie biomédicale. Les considérations anthropologiques et psychologiques ont pratiquement déserté le champ des programmes universitaires médicaux (même la psychiatrie tend à réintégrer le giron d'une pratique biologique au sens étroit du terme : c'est notamment le crédo du D.S.M.). Complémentairement, mais dans un registre

bien distinct, la psychologie a ouvert un large espace qui vient équilibrer le champ de la santé en réinterrogeant, de façon innovante et rationnelle, les registres oubliés par la médecine technologique de pointe. Une nouvelle loi ne peut faire l'impasse sur cette réalité.

Fondée sur l'étude scientifique des fonctions psychiques conscientes et inconscientes, de leur développement, de leurs interactions systémiques individuelles et groupales, la psychologie clinique applique ses connaissances à l'accompagnement du sujet humain dans un objectif d'allègement de ses souffrances, d'amélioration de sa qualité de vie et d'autonomisation de ses comportements. Elle n'est pas assimilable à une pratique de « soins de santé » au sens médical du terme. L'arrêté royal n° 78 sur l'« art de guérir » (*Moniteur belge* du 14 novembre 1967) rebaptisé « arrêté relatif à l'exercice des professions des soins de santé » (*Moniteur belge* du 1^{er} septembre 2001) se base sur une logique purement techno-médicale et organise le contrôle de son exécution par des instances essentiellement médicales. Ce cadre, historiquement révolu, ne convient pas aux psychologues cliniciens, qui participent d'une tout autre approche que celle régissant l'abord des maladies somatiques (au niveau de l'accueil de la demande, du partage des compétences, de la gestion des dossiers, de la conception du secret professionnel...). Les médecins (certains psychiatres exceptés) n'ont aucune formation consistante, ni théorique ni pratique, en psychologie clinique. En leur permettant de la pratiquer sans restriction, le projet confirme une situation de fait antérieure au développement

scientifique et à l'enseignement systématique de la psychologie clinique.

Il n'est dès lors concevable d'entrer dans le cadre de l'arrêté n° 78 que via une refonte qualitative permettant la mise sur pied d'égalité des psychologues et des médecins, dans la complémentarité, la réciprocité et le respect des compétences de chacun. Mais le projet, au contraire, inféode la pratique de la psychologie clinique au feu vert ou clignotant du pouvoir médical. Le patient y perd en liberté de choix thérapeutique et en protection de sa vie privée. L'autonomie professionnelle des psychologues n'est en rien respectée par cet écrit qui ne correspond pas à la réalité du terrain. Par ailleurs, le pouvoir laissé par le projet de loi aux institutions universitaires est excessif (représentation à plus de 50 % — neuf académiques, sept cliniciens — au sein du Conseil national de la psychologie clinique, alors qu'il s'agit de *pratique clinique* et non de *protection du titre* impliquant une évaluation principalement universitaire des savoirs).

Ajoutons que les actes de la psychologie clinique, tels qu'énumérés par le texte, couvrent de fait le champ entier de la pratique psychothérapeutique (diagnostic, pronostic, traitement, évaluation) qui se voit dès lors entièrement paramédicalisée. *Last but not least* : exposés aux contraintes d'une paramédicalisation de fait dénuée de fondements cliniques et scientifiques, les psychologues cliniciens et leurs patients ne bénéficient même pas du « lot de consolation » que serait leur entrée dans le système de remboursement de l'Inami. Afin de ne pas effaroucher le législateur, le texte de présentation du projet a soin de préciser qu'il n'en est pas question.

En bref, le projet de loi *permet à tout médecin, même aucunement formé, de pratiquer tous les actes de la psychologie clinique, alors qu'il interdit à tout psychologue clinicien, spécifiquement formé, de les pratiquer sans l'avis d'un médecin.* Ce n'est pas sérieux. Il doit être remplacé par une protection du titre de psychologue clinicien, ou alors se voir amendé de façon à faire respecter l'autonomie et la spécificité de la psychologie clinique. Cela reste néanmoins un second choix. Le ministère de la Santé, en effet, travaille également sur un projet de *statut du psychothérapeute* (psychologue ou issu d'une autre filière). Or ce projet est miné, car il repose sur l'exception boiteuse que constitue déjà le statut du psychologue clinicien par rapport à l'exercice de l'« art de guérir ». Pour sortir d'une logique qui ne correspond pas à la réalité du terrain en matière de santé mentale, il serait judicieux d'unifier les deux textes de loi. Le chemin le plus simple et le plus cohérent serait d'ouvrir, dans l'arrêté n° 78, un chapitre spécifique consacré au *statut des professions de la santé mentale*.

Dans sa version actuelle, la proposition de loi, quelles que soient ses intentions affichées, ne peut que nuire aux patients en compliquant une démarche de consultation déjà délicate et en semant la zizanie entre psychologues et médecins. Elle constitue une régression grave par rapport à la situation globalement satisfaisante des pratiques réelles en psychologie clinique. Elle crée arbitrairement, de surcroît, deux catégories de psychologues : les paramédicalisés de fait et les autres. Épris de contrôle plus que de qualité de la vie, le ministère nous

PROJET AELVOET

ramène aux jours étriés d'une conception purement technomédicale. Quotidiennement pourtant, dans une conception plurielle de la santé, les psychologues cliniciens collaborent spontanément et efficacement avec leurs collègues médecins. Il y va d'un sens élémentaire de la responsabilité clinique et de l'application de leur propre déontologie. Cela se passe ordinairement fort bien : dans la réciprocité et le respect de la spécificité de chacun —

pour le plus grand bénéfice du patient.

Francis Martens

Francis Martens est président de l'Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique (Apppsy), membre du bureau de l'Association des services de psychiatrie et de santé mentale de l'UCL (Apsy-U.C.L.), membre de la Fédération belge des psychologues (F.B.P.-B.F.P.).