

PROJETS MINISTERIELS

du gouvernement fédéral belge, qui auraient un rapport direct avec la "Santé Mentale"

"Le sophisme de la moyenne dorée prend souvent l'aspect d'une conférence médicale 'de consensus', organisée dans le but de publier un avis qui représente l'opinion partagée par un groupe d'experts. Dans ces circonstances, une chose au moins est sûre: personne ne connaît la vérité; si c'était le cas, la conférence ne serait pas nécessaire. Une vérité scientifique s'établit sur la base de preuves irréfutables, et non d'après l'opinion de la majorité."

Petr Skrabanek & James McCormick: Idées folles, idées fausses en médecine.

Selon les informations fournies par les autorités publiques elles-mêmes (voir le rappel historique de Mr Bob Cools, encore accessible sur le web à la date de juillet 2001:

www.health.fgov.be/AGP), c'est **à l'instigation de trois associations professionnelles** (l'Association Européenne de Psychothérapie, la Fédération Belge des Psychologues, et la Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten) que deux ministres de la Santé publique successifs, c.à.d. Mr Colla puis Mme Alvoet, ont décidé de réglementer et de donner un statut légal à la profession de psychothérapeute.

S'adressant à un "groupe de travail constitué d'experts" dont les membres émanaient précisément de ces associations précitées, et auxquels s'adjoignirent des "formateurs" francophones et néerlandophones des "**quatre grands courants de la psychothérapie**", les ministres leur ont confié la tâche de proposer une réglementation de la profession de psychothérapeute. Les propositions ainsi élaborées figurèrent dans un **document de consensus**.

Déjà, ce qui précède invite à la vigilance. Il faut évidemment se garder des procès d'intention.

1) Néanmoins, ce seraient des associations professionnelles qui, apparemment, étaient seules demandresses d'une réglementation (*les "usagers" n'apparaissent nulle part*). Ce simple fait ne peut que fortement suggérer l'existence possible de **préoccupations de nature corporatiste**, d'ailleurs bien compréhensibles chez ces associations. La possibilité ne peut être écartée sans plus. Une allusion très claire de Mr Bob Cools ne laisse guère de doute à ce sujet: il écrit en effet que "Chacun souhaite mettre un terme à l'actuelle multiplication sauvage et aux risques de charlatanisme." (*Psychothérapie et "counseling": historique et avenir d'un débat public. Texte disponible sur le site Internet déjà cité*).

2) Puisqu'aucune réglementation n'est encore en vigueur, une question se pose au sujet des experts dits "formateurs": ont-ils été désignés par les associations professionnelles sur base, d'abord de leur représentativité au sein de leur groupement et, ensuite, sur base de leur expertise (*ou l'inverse*)? D'où tenaient-ils l'expertise qu'on se plaît ici à leur attribuer et qu'ils revendiquent, et sur quels critères objectifs et reconnus de qualité repose-t-elle? D'où les "quatre grands courants de la psychothérapie" tirent-ils la prétention à la primauté, ou même à l'exclusivité qu'on semble ici leur reconnaître, et comment leur validité objective a-t-elle été scientifiquement établie au préalable?

3) Il est fait état d'un document dit de "consensus". **Un document de consensus n'est qu'un compromis a minima entre des opinions diverses et contradictoires, ce n'est certainement jamais un document faisant autorité sur l'état actuel réel des connaissances dans un domaine donné.** C'est une sorte d'accord "politique" (*à la manière des "accords de gouvernement" entre différents partis d'une coalition hétérogène*) dont toutes les opinions contradictoires (les opinions "peut-être vraies" comme les idées "peut-être fausses") ont été expurgées, donnant ainsi au public l'illusion de l'unanimité des signataires. Un document de consensus ne tranche pas entre "bonnes" opinions et "mauvaises" théories: il oublie et rejette les

désaccords pour ne retenir que ce qui ne gêne personne. Pareil texte de consensus n'a donc d'intérêt réel que pour ceux qui l'ont établi: son élaboration leur permet en effet de mieux cerner, dans un sujet traité, les contradictions qui, malgré les discussions, demeurent irréductibles entre factions opposées et mériteraient donc qu'on s'y attarde. Quand il émane de vrais scientifiques, ce n'est qu'un document de travail, une étape parmi d'autres pour indiquer quelles incertitudes il faut encore lever, et avec quelles priorités: pour déblayer et baliser le chemin de recherche qui reste à parcourir.

Contrairement à ce que beaucoup de personnes croient, les contradictions, volontairement omises d'un document de consensus et passées sous silence, sont donc bien plus importantes et plus utiles encore que les points d'accord qu'on a bien voulu y laisser figurer. En effet, ces "dissensions" mettent clairement en lumière les problèmes non encore résolus. En cacher l'existence équivaut à un "mensonge par omission". Et les politiques qui prennent des décisions en se basant sur des documents pareillement tronqués encourent des risques (*et les font courir aux autres!*) dont ils devraient savoir qu'ils les ignorent délibérément, ce qui ne devrait pas être la même chose qu'avoir bonne conscience.

A nouveau, il ne s'agit, dans le cas présent et comme pour tous les documents de consensus, que d'opinions sur des faits supposés ou sur des interprétations de faits, et non de faits eux-mêmes. Il est très important de s'en souvenir, pour garder à l'esprit que **le sujet traité n'est que d'opinions et de croyances ou convictions à propos de théories**. Ces dernières sont toutes discutables et contestables, non vérifiées car rarement vérifiables avec la rigueur indispensable, et leurs partisans - tout comme leurs adversaires, d'ailleurs - ne font état que de leurs convictions et opinions, non de faits matériellement avérés et reproductibles. Nous verrons, un peu plus loin, que ceci est lourd de conséquences potentielles pour ceux que la circulaire ministérielle appelle les **patients** qu'on prétend **protéger**.

4) Dans une autre circulaire ministérielle datée du 21 novembre 2000 ("*La garantie de la qualité pour le patient...*"), il est dit explicitement, à propos de ces "nouvelles professions de santé", que **"Le praticien doit, quant à lui, pouvoir se distinguer des charlatans et autres individus qui discréditent la profession". Le projet ministériel ne garantit aucunement d'atteindre ce but.**

Pour illustrer notre propos, prenons un instant l'exemple de la profession médicale. La médecine est une profession qui, surtout depuis quelques décennies, a beaucoup profité de son recours à la méthode scientifique expérimentale qui, seule, lui a permis de progresser. Elle est, d'autre part, très strictement réglementée depuis longtemps. Il arrive pourtant - même si c'est heureusement assez rare - qu'on y rencontre des charlatans: ce phénomène n'épargne aucune profession, ce qui montre bien que la seule réglementation ne peut jamais nous en garantir à coup sûr.

Mais on peut cependant facilement distinguer les médecins charlatans des bons praticiens. On peut confondre les médecins charlatans, car ils utilisent des thérapeutiques, des techniques et des procédés qui s'écartent radicalement des bonnes pratiques. Les bonnes pratiques, ce sont celles dont la valeur a été établie scientifiquement, c'est-à-dire de manière vérifiable et reproductible par de multiples chercheurs indépendants les uns des autres. Les bonnes pratiques, ce sont celles qui, s'appuyant sur des théories étayées par de longues expérimentations rigoureusement conduites et par l'expérience, produisent des résultats vérifiables, mesurables et reproductibles avec une constance et une fréquence nettement plus élevées que celles observables par pur hasard. En médecine, les bonnes pratiques ne sont habituellement aujourd'hui plus question d'opinion, du moins pour l'essentiel. Ce sont des faits bien établis, avérés. Aucun "consensus" préalable n'est en général nécessaire pour les définir. Par conséquent, quand on s'écarte des bonnes pratiques, il est facile de s'en apercevoir, d'en juger et de justifier son jugement. Ce jugement, parce qu'il est basé sur des faits solidement établis ("*scientifiquement*"), peut alors rencontrer l'assentiment de la majorité des membres compétents de la profession.

La situation de "la" psychothérapie (on devrait dire "des") est radicalement différente. Comme les

textes ministériels eux-mêmes le laissent entendre sans ambiguïté, cette profession comporte [au moins] "quatre grands courants" (*pourquoi pas plus, d'ailleurs?*). C'est bien reconnaître qu'il s'agit, non pas d'une discipline s'appuyant sur des théories étayées par des faits expérimentaux reproductibles, mais plutôt de "courants d'opinion", comme on pourrait le dire en résumé. Et le document de consensus sert principalement à masquer le fait que les tenants de ces différents "courants" n'ont jamais cessé de s'anathématiser mutuellement, chacun prétendant être le seul à détenir une certaine "vérité psychothérapeutique" meilleure que celle des "courants" concurrents. Ces soi-disant vérités ne sont faites que d'arguments d'autorité, d'affirmations péremptoires et d'un fatras d'idées reçues le plus souvent dépourvues de bases empiriques correctement contrôlées, si bien que, comme pour des religions, des cultes ou des philosophies, leurs dogmes et credos ne peuvent s'imposer qu'à leurs adeptes respectifs.

Et ainsi apparaît clairement la conséquence annoncée plus haut de cet état de fait, très lourde et dangereuse pour les **patients à protéger**. A la différence de ce qui se passe pour la profession médicale, il n'est guère possible d'établir, pour les psychothérapies, un code universel (*reconnu et appliqué par tous*) des "bonnes pratiques", car celles-ci ne sont affaire que d'opinions. Et ce qui sera tenu pour bon par les tenants d'un "courant" pourra, très légitimement, être rejeté par les tenants d'un "courant" concurrent, entraînant ainsi des "disputes d'experts", par nature aussi impossibles à trancher que des points litigieux de théologie entre catholiques et protestants ou encore entre juifs et musulmans, parmi d'autres exemples possibles. Autrement dit, les uns seront toujours les orthodoxes (les "bons") de leur camp, mais les schismatiques et "charlatans" des autres, même si tous, chacun dans son "courant", sont honnêtement convaincus de leur propre bonne foi.

Dans ces conditions, comment serait-il possible de rendre justice à des patients s'estimant lésés à la suite de pratiques "inadéquates"? En d'autres termes, le cas échéant, comment pourrait-on jamais établir ou, au contraire réfuter le "charlatanisme", tout comme l'incompétence, d'ailleurs?

Qui donc, objectivement, profitera de la nouvelle réglementation, si du moins elle voit le jour?

- Ce ne seront **pas les "patients"**, puisque, comme on vient de le voir, la principale justification annoncée du projet, cette protection des patients que la future réglementation prétend assurer n'est, dès le départ, qu'un faux-semblant très superficiel. Pour eux, aucun changement dans le contenu et la qualité des prestations des psychothérapeutes ne devrait être prévisible. Tout au plus devrait-on, sans doute, s'attendre à des "réajustements" des tarifs demandés. Si on n'en est pas encore à discuter - avec l'INAMI? - de ces détails trop terre-à-terre pour les mentionner dès maintenant, on peut cependant prévoir qu'on n'y couperait pas, au cas où...
- Les **futurs psychothérapeutes** tireront-ils véritablement avantage de la nouvelle réglementation qu'on leur annonce (*c.à.d. seront-ils plus qualifiés, seront-ils "meilleurs"*)? En réalité, cette réglementation ne change rien au contenu des diverses "formations" déjà proposées actuellement. Comme on peut facilement s'en convaincre à la lecture du projet, elle n'en change que les conditions d'accès et la durée, mais cette dernière s'allonge dans des proportions qui feraient hésiter n'importe quel titulaire de diplôme universitaire de cycle long ou même court. Il est peu probable que ces nouvelles modalités suscitent et encouragent les vocations de futurs psychothérapeutes.
- Restent les **psychothérapeutes actuels**, déjà en exercice, ceux à qui le projet est prêt à reconnaître les droits acquis que leur plus ou moins longue activité passée semble leur valoir malgré l'absence de législation spécifique. Ceux-là, ils obtiennent, pour ainsi dire d'office, sans grandes "tracasseries" administratives supplémentaires, la reconnaissance officielle, l'autonomie d'exercice, pignon sur rue et plaque de cuivre sur la porte, en quelque sorte.

En conséquence des nouvelles modalités d'accès à la profession, l'ancienne génération en exercice serait désormais assurée de retarder et de sévèrement limiter l'arrivée "sur le marché" d'une génération nouvelle, résultat d'une multiplication peut-être pas toujours aussi "sauvage" que Mr Bob Cools voudrait le laisser entendre (*en tous cas pas plus sauvage que l'ancienne*), mais plus jeune et aux dents certainement aussi longues. C'est un *numerus clausus* qui ne s'avoue pas; il assure la protection de l'establishment de la psychothérapie, dont les "experts" semblent avoir bien "manipulé" les ministres pour leurs propres fins.

5) J'ai déjà signalé ma conviction que la réglementation annoncée ne modifiera en rien le contenu des formations en psychothérapie. Je justifie ici cette affirmation (*on m'excusera de reprendre ici, in extenso, l'article 1 du texte ministériel sur les critères d'agrément des psychothérapeutes: il contient l'indispensable "définition" de la psychothérapie telle que les "experts" et les ministres à leur suite l'énoncent actuellement*).

Dans sa présentation des propositions des "experts", Mr Bob Cools affirme que "l'avis repose sur une définition très précise et restreinte de la psychothérapie". Jugeons-en donc sur pièces:

"

Article 1.1. : La psychothérapie consiste en l'utilisation systématique et pertinente d'un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions) dans un cadre de référence scientifique psychologique, par une personne spécifiquement formée à cet effet, et ce dans le cadre d'une relation psychothérapeute-patient/client, en vue d'éliminer ou d'atténuer les difficultés, les conflits et les troubles psychologiques.

1.2. : Le patient/client, qui peut être un individu isolé, mais aussi un système (*sic*) social (un couple, une famille, un groupe), a des problèmes et nécessite (*sic*) une aide. Ces problèmes, qui peuvent avoir trait aux aspects psychologiques, somatiques et sociaux de son fonctionnement, sont appréhendés sous les trois angles suivants:

- la subjectivité personnelle du patient/client, à savoir:
 - + soit des conflits intrapsychiques apparus au cours du développement;
 - + soit des problèmes "de vécu" qui se renforcent et s'autoalimentent.

- les problèmes relationnels qui s'autoalimentent et se renforcent au sein d'un ou de plusieurs systèmes dont le patient/le client fait partie;

- les problèmes comportementaux qui s'autoalimentent et se renforcent.

Tous ces troubles peuvent s'accompagner de manifestations sur le plan physique et organique. "

On voit que l'article 1.1 consiste en une "définition" de la psychothérapie proprement dite, tandis que l'article 1.2. définirait plutôt son champ d'application.

A propos de l'article 1.1.,

Qu'entend-on par "moyens (interventions) psychologiques"?

Quand est-ce que ceux-ci forment un "ensemble cohérent", ou encore, qu'est-ce qu'un "ensemble cohérent de moyens psychologiques"?

Qu'est-ce qu'une "utilisation systématique et pertinente"? Sur quoi repose la pertinence et qui en est juge?

Qu'entend-on par "cadre de référence scientifique psychologique"? (*il faut rappeler que le projet ne tolère que les seuls "quatre grands courants de psychothérapie", et que ceux-ci, c'est notoire, ne peuvent certainement pas tous être également crédités d'un véritable "cadre de référence scientifique"*!)

L'article 2. traite de la pratique et stipule que: "Le psychothérapeute doit être libre d'exercer son travail thérapeutique, c'est-à-dire **d'assumer la responsabilité de l'indication, du traitement et de sa mise en oeuvre**, dans le respect de la déontologie de sa profession, y compris du secret professionnel."

Il serait oiseux et parfaitement ennuyeux de recopier ici l'entièreté des 11 articles du projet. Rappelons seulement que la formation des futurs psychothérapeutes **DOIT** se fonder sur "les principaux cadres de référence ou orientations psychothérapeutiques basées sur les théories fondées sur des données empiriques suivantes (**sic!**) (article 4.2): psychoanalytiques et psychodynamiques; les thérapies cognitives et cognitivo-comportementales; centrées sur le client et expérientielles; interactionnelles et systémiques. Une concession à l'avenir est cependant consentie: "d'autres cadres de référence psychothérapeutiques basés sur des données scientifiquement étayées sont également acceptées." (**sic**)

Ce qui précède montre bien de quoi il retourne: la définition initiale de la psychothérapie, prétendument très précise et restreinte, ne répond aucunement à ces qualificatifs. Elle est, certes, une accumulation de termes pouvant laisser croire à une volonté de précision. Mais tous ces termes sont aussi peu précis les uns que les autres, chacun d'eux est indéfini. Au contraire de ce qu'on veut nous faire croire, la clarté ne naît pas d'une accumulation de fumées toutes plus opaques les unes que les autres.

En bref, cette "définition" autorise "tout et n'importe quoi", ne changeant donc rien à la situation actuelle, sauf que cette situation recevra désormais la sanction officielle, ce qui était sans doute le but recherché.

On pourrait donc croire que ce projet ne serait - sans doute au mieux pour certains, peut-être au pire pour d'autres - qu'une sorte de "coup d'épée dans l'eau" que les ministres donnent pour, à peu de frais croient-ils vraisemblablement, redorer le blason de la "santé mentale". Cependant, ils ne semblent pas s'être rendu compte que leur projet équivaut, non seulement à exonérer les psychothérapeutes de toute responsabilité et obligation "technique" envers leurs "clients" (*ils jouiront en effet d'une sorte "d'immunité contre l'erreur" car il n'existe pas de délits d'opinion dans notre démocratie*), mais ce projet revient aussi à entériner ce qui, dans nombre de cas, tomberait aujourd'hui encore sous le coup de l'exercice illégal de l'art de guérir.

D'autre part, peu de psychothérapeutes étant aussi médecins, et parce qu'ils pourront cependant assumer seuls la responsabilité de l'indication, du traitement etc., le projet implique qu'ils auraient aussi la compétence requise pour distinguer à temps les signes dûs à des affections "somatiques" de ceux dûs à des troubles "purement psychologiques". Leur formation leur donne-t-elle cette compétence? Lourde responsabilité en effet que celle de pareille décision, à laquelle il me semble qu'on aurait pu réfléchir plus qu'on ne l'a fait. Voilà, pour reprendre la même métaphore que plus haut, un bien mauvais coup d'épée dans l'eau qui risque néanmoins de faire quelques vagues...

Et pendant que les décideurs et "responsables" passent leur temps, qu'ils dépensent leur énergie (?) et nos ressources à n'élaborer des projets que de règlements, d'efficacité très incertaine et pour des motifs contestables ou parfois même troubles, les **vrais malades mentaux**, une fois de plus, sont complètement passés sous silence.

On laisse croire qu'on a pris d'importantes "mesures pour améliorer la santé mentale", et on laisse par là-même imaginer que les vrais malades mentaux seraient, eux aussi, concernés. Il n'en est à nouveau rien! Que voulez-vous, bien qu'ils ne le disent pas, - ils s'en gardent bien! - les "responsables" de la "santé mentale" et les "psys" savent pertinemment que les psychothérapies, ce n'est pas pour ces malades-là.