



Débat de clôture (transcription)

Colloque national du 4 mars 2016

PARTICIPANTS :

- Koen Lowet (Fédération Belge des Psychologues - BFP),
- Francis Martens (Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychoanalytique - APPpsy),
- Geert Van Isterdael (représentant des patients - OPGanG et Uilenspiegel),
- Ariane Bazane (professeur de psychologie clinique à l'ULB)
- Adélaïde Blavier (professeur de déontologie à l'ULg).



MODERATRICE: Geert, Je vais commencer par vous poser une question. Quel devrait être le point d'action le plus important de nos politiciens ?

GEERT VAN ISTERDAEL: Je suis trésorier d'Uilenspiegel. J'aime transposer en chiffres. Un tiers de la population est confronté à des maladies psychiques. Seulement 6 % du budget de la santé publique sont destinés à la santé mentale. Nous sommes le parent pauvre de ce secteur, certainement si l'on compare à nos pays voisins.

MODERATRICE: Oui. Donc un remboursement serait un bon point à traiter ? Que pensez-vous qui soit encore important ?

GEERT VAN ISTERDAEL: Un remboursement serait une grande avancée pour augmenter l'accessibilité de nos patients. Dans le système actuel, nous sommes en fait confrontés à trois options. La peste, le choléra ou la schizophrénie. La peste, cela revient très cher de payer les psychologues dans le système actuel. C'est impossible pour les personnes pauvres, les personnes dépressives étant souvent pauvres. La deuxième option est le SSM, nous sommes là confrontés à de très longues listes d'attente, et le second point est donc de résorber les listes d'attentes au sein des SSM. L'état de schizophrénie est : des solutions très bon marché à court terme sont souvent du charlatanisme, ce qui permet encore toujours à des psychologues non reconnus d'exercer. Vous achetez simplement votre plaque, vous l'affichez à la porte et il vous est possible de vous nommer psychothérapeute.

MODERATRICE: Oui. Nous y reviendrons plus tard. Francis, quels sont les principaux points d'action des psychologues eux-mêmes ou de la Commission des Psychologues ? Car c'est une chose de donner des missions aux politiciens, mais les psychologues doivent eux aussi faire des efforts, n'est-ce pas ?



FRANCIS MARTENS: Voilà, je suis ravi d'être ici et ravi d'être au pied de cet arbre. Mais j'ai aussi un peu le sentiment d'être dans une forêt obscure. Vous connaissez Hansel et Gretel ? Ces petits enfants perdus ou ces psychologues perdus dans une forêt d'informations contradictoires, et qui enfin découvrent une maison magnifique avec des tuiles en pain d'épices, des fenêtres en sucre d'orge et surtout une dame très gentille qui les accueille. Elle leur dit : Voilà, j'ai une place pour toi. Donc, on vient d'entendre ça : J'ai une place pour toi. Vous connaissez l'histoire d'Hansel et Gretel, sinon vous la relisez ce soir chez vous. Donc, je suis un peu inquiet quant à la place pour moi, qui m'est donnée. Je n'ai aucune inquiétude personnelle, mais j'ai une inquiétude pour mes collègues, parce que mon association, mais aussi d'autres, ont lutté depuis très longtemps pour donner aux psychologues, pas seulement une place reconnue, ça c'est bien le minimum des choses, mais une place qui soit en accord avec leurs spécificités.

Là, je pense que Monsieur Borsus a très bien parlé en évoquant Socrate, quand même : faire accoucher les gens de ce qu'ils sont eux-mêmes, de différentes façons, etc. Et justement, les gens, mais pas leurs symptômes, pas leurs dysfonctionnements. J'ai entendu l'histoire d'un bâtiment magnifique qu'on nous construisait. J'ai pensé à l'histoire de cet architecte égyptien qui avait dû construire, pour des raisons diverses, une pyramide bâtie sur la pointe. Donc la pyramide était magnifique d'architecture, très cohérente, tout le monde l'admirait. Mais, dans notre cas, quelle est vraiment l'identité, la spécificité du psychologue dans le monde, pas de la médecine, mais des professions des soins de santé ? Il y a deux branches : il y a d'un côté la médecine, la techno-médecine. Et il y a les soins de santé mentale, c'est un domaine tout à fait différent, avec des procédures d'évaluations, de formations extrêmement spécifiques.

Tout ça n'est pas tenu en compte. Et ce que j'ai entendu et qui m'inquiète beaucoup, c'est qu'on nous annonce qu'on va être extrêmement bien, on aura même, dans des contrats limités, parce qu'il ne faut pas abuser, des remboursements INAMI. Mais nous sommes totalement pris dans un schéma médical où notre spécificité, santé mentale... et mêmes psychologues... Parce que même les psychologues qui travaillent dans les organisations, dans le travail et ailleurs ont une identité très particulière, du côté de la personne justement, plus que des symptômes. Et même les praticiens les plus chevronnés de l'evidence-based actuellement... Je lisais un article du British Medical Journal il y a un peu moins de deux ans, ils vous disent : Attention, ce que l'evidence-based a perdu, c'est qui, c'est quoi ? C'est le patient. Et le patient, c'est justement la personne qui intéresse le psychologue.

MODERATRICE: D'accord. Merci. Comme la Ministre De Block l'a dit, ils sont d'accord : il reste beaucoup de travail.

FRANCIS MARTENS: On peut le dire.

MODERATRICE: Voilà. Koen, Geert l'a indiqué déjà tout à l'heure. N'est-il pas important que l'abus de titre soit poursuivi plus activement et aussi plus sévèrement puni ? Je pense en effet que certains patients ne sont pas au courant qu'il existe un titre de psychologue agréé. Pensez-vous qu'il soit important que ceci soit traité ?



KOEN LOWET: Oui, je pense que l'importance de la reconnaissance du titre réside juste dans ce que la Ministre De Block a indiqué : la reconnaissance de la profession au sein du secteur de la santé. La protection du titre existe en effet déjà depuis une vingtaine d'années. Mais comme Geert l'a dit, le grand problème est de trouver l'accès au psychologue. Et trouver l'accès à un psychologue bien formé, agréé et dont vous savez que si vous y allez comme client ou patient vous serez protégé. Et c'est là que se situe l'importance de l'évolution qui s'annonce aujourd'hui, vers la reconnaissance de la profession de psychologue clinicien. L'important est que nous entrions dans ce système de soins de santé. Ce que mon collègue redoute visiblement beaucoup plus que moi. Je pense qu'en tant que fédération, nous collaborons depuis déjà des années avec ces diverses structures et nous remarquons une certaine ouverture quant au discours des psychologues. Il est certain que notre système de santé s'est caractérisé longtemps par une orientation médicale. Et comme le disait Geert, c'est presque choisir entre la peste et le choléra pour les personnes à plaintes psychiques. Et le fait est que les psychologues peuvent ici et maintenant se poser comme une profession autonome. Nous pouvons profiter de tous les avantages offerts par le système. Le remboursement, la reconnaissance, la multidisciplinarité, la diminution des lits d'hôpitaux et la progression vers un soin transmurale nous rendent plus accessibles pour nos clients, nos patients qui en ont tant besoin. Et la protection de titre que nous avons eue pendant des années, disparaît en fait. Nous allons vers une protection de la profession où les patients, les clients ont accès à une voie rapide vers un psychologue. Et c'est là que se situe le point important. C'est une chose de pouvoir afficher « je suis un psychologue agréé numéro tant », c'est autre chose si les patients peuvent s'adresser à vous directement car ils savent « c'est là que se trouve mon psychologue et je serai remboursé ». Tout comme quand vous allez chez votre médecin. C'est je pense le point important.

MODERATRICE: Ok, clair. Dites, les psychologues sans diplôme de psychologue clinicien seront-ils aussi reconnus comme psychologues cliniciens, et quels pourraient être à cet égard les bons critères ?

KOEN LOWET: Vous savez, je fais partie de la Fédération belge des psychologues, c'est en fait la plus grande association de psychologues du pays, elle couvre en fait toutes les associations de psychologues de divers secteurs. Les psychologues sont en fait actifs dans divers domaines de notre société, le psychologue clinicien bénéficie à présent d'une grande attention car dans le secteur de la santé, cela devient une profession agréée. Mais des psychologues sont aussi actifs au sein de l'enseignement, dans des sociétés, et en fait jusqu'à l'entrée en vigueur de cette loi, ce n'était pas clair pour les psychologues : que dois-je faire désormais pour pouvoir travailler dans le secteur des soins de santé. Nous avons beaucoup de collègues qui ont étudié la psychologie du travail et qui après un certain temps sont tout de même arrivés dans le secteur des soins de santé par le biais de formations, d'un trajet. Pour nous, en tant que FBP, il était très important que ces personnes aient aussi la possibilité d'être agréés comme psychologues cliniciens. Vous pouvez trouver à cet égard une mesure de transition dans la loi permettant à toute personne en possession d'une licence ou d'un master en psychologie et de trois ans d'expérience professionnelle pertinente de prétendre à l'agrément.



MODERATRICE: Ok, bien, oui ... Adélaïde, qu'en pensez-vous?... Ne devrait-il pas être obligatoire que des tests QI et des tests de personnalité pour le recrutement, l'orientation professionnelle et l'outplacement soient effectués par des psychologues ?

ADÉLAÏDE BLAVIER: D'accord. Donc, par rapport au test de QI qui ne serait pas réalisé par des psychologues. C'est la question ? Voilà, donc en effet, je pense que la psychologie du travail... Parce que je pense que dans la salle, la majorité des personnes sont des psychologues plutôt dans la clinique et que souvent les psychologues du travail sont oubliés dans des règlements. Et en effet, les psychologues du travail sont confrontés à des situations assez complexes. Ils travaillent avec des sociologues du travail, des gens qui ont fait gestion des ressources humaines. Et donc, ils se retrouvent parfois à faire du recrutement, de la sélection, en tant que psychologues du travail, avec des personnes qui ne sont pas du tout psychologues, qui font le même travail qu'eux.

01:03:57 Et là, je pense en effet que les psychologues du travail ont vraiment une spécificité, une compétence qu'ils doivent revendiquer. Et que les tests notamment de QI sont une matière de psychologues et pas une matière qui peut être réalisée par d'autres personnes.

MODERATRICE: Ariane, Comment voyez-vous les choses ? – Ariane ?

ARIANE BAZAN: Je suis plutôt d'accord avec ma collègue. Si vous le permettez, j'aimerais réagir sur quelques points, oui. Parce qu'on a peut-être en même temps de grandes raisons de se réjouir et peut-être aussi de grandes raisons d'être un peu angoissés avec les développements à venir. C'est-à-dire qu'il y a une promesse d'une reconnaissance du domaine de la psychologie comme un domaine autonome, comme une discipline autonome. C'est quand même une grande reconnaissance. Mais, ça semble se faire, je suis plutôt d'accord avec mon collègue ici, sur un modèle médical. Et je pense que le défi se pose à nous de pouvoir articuler en quoi sommes-nous différents, quelle est la spécificité du domaine de la psychologie, voire du domaine de la psychologie clinique, par rapport au domaine médical ?

01:05:21 C'est de là que viennent un peu nos craintes, parce que ça revient, en effet, un peu sur cette question de l'evidence-based, mais plus généralement l'evidence-based comme un modèle de protocolisation. C'est-à-dire que je pense qu'une formation médicale, peut-être de science exacte, a comme éthique une éthique de maîtrise. C'est-à-dire, on analyse une situation et on va chercher la solution adaptée à la situation. Et cette situation se déroule en plusieurs étapes qu'on essaie de suivre. Alors que, dans la psychologie clinique, dans la psychologie en général, je pense que l'éthique, souvent, est une éthique qui nous amène à faire avec une situation d'impuissance. C'est-à-dire que nous sommes devant une situation de décompensation, où nous sommes confrontés à situations inattendues, par rapport à laquelle nous allons vivre un sentiment d'impuissance. C'est-à-dire, nous n'allons pas pouvoir arrêter la décompensation, l'émotionnalité. Que ce soit de la désespérance, que ce soit de l'anxiété, que ce soit de la colère.

01:06:46 Et les protocoles, les traitements par étapes ne marchent que si justement le patient s'inscrit là-dedans. Or, justement, la spécificité de notre métier, c'est qu'il ne



s'inscrit pas nécessairement là-dedans. Et donc, l'éthique avec laquelle nous devons faire, c'est faire avec cet état d'impuissance, où nous ne pouvons pas directement aider, mais qui nous oblige quand même à rester sur place avec notre patient. Ne pas arrêter de réfléchir, mais investir cette situation, ici, maintenant, essayer de réfléchir et de donner quelque chose de retour de cette réflexion. C'est une autre éthique, c'est une éthique qui doit, à chaque moment, faire appel à nos capacités d'invention, de réflexion et de rester calme, même par rapport à la situation de décompensation.

MODERATRICE: Je regarde les messieurs. Bien dit, Ariane. Comment voyez-vous les choses

KOEN LOWET: Oui, très bien dit. Je suis tout à fait d'accord. Les personnes qui me connaissent un peu savent que je suis un homme très pragmatique. J'entends déjà les applaudissements dans la salle et c'est justifié. Tout le monde est inquiet de l'identité et de l'autonomie des psychologues, de la psychologie. C'est justifié car c'est une discipline unique. Ce n'est comparable avec aucune autre discipline comme la médecine ou la kinésithérapie ... C'est une discipline unique. Mais quand il s'agit de psychologie au sein de la santé, il s'agit bien de soins de santé. Nous travaillons au sein du secteur des soins de santé, nous voulons aider les gens, pas seulement les guérir. Nous parlons d'un travail protocolaire et evidence-based, mais c'est un peu à côté de la question, je trouve. Il s'agit de Geert, de personnes comme Geert, il s'agit de clients avec un souci, avec un problème qui s'adressent à nous et nous devons essayer de les aider. Ceci implique que nous devons être pragmatiques et nous oblige de réfléchir : comment allons-nous faire pour que les gens dans ce pays, puissent se rendre plus facilement chez un psychologue ? Nous avons tous entendu les chiffres, un sur trois, 6% du budget, les gens attendent en moyenne 10 ans avant de chercher de l'aide, seuls 5 % vont en consultation chez un psychologue. 5 %. Cela signifie que la psychologie occupe actuellement une position marginale dans le secteur des soins de santé. Maintenant la question stratégique : comment allons-nous atteindre ceci ? Comment améliorer pour que les gens puissent plus rapidement aller chez un psychologue sans que ce dernier ne perde son autonomie ou son identité. Je pense au jour d'aujourd'hui que par notre pragmatisme, nous avons déjà parcouru un long chemin. Nous avons notre Commission des Psychologues, notre propre ordre, notre propre déontologie. Nous avons une position autonome au sein du secteur des soins de santé, nous avons reçu un rôle autonome au sein de l'AR 78 ce qui nous donne une ouverture au sein de toutes les autres structures. Je comprends la peur. Allons-nous désormais être dominés par toutes ces structures médicales, etc. ? La seule réponse que nous pouvons apporter est de réagir en tant que groupe (plus de 1 000 personnes sont ici présentes) et de veiller à cette autonomie. Vous n'allez pas le faire en intégrant toutes sortes de groupes dissidents, ceux suivant le flux et ceux à contre-courant. Mais en vous rassemblant en tant que psychologues autour de la discipline de psychologie et en garantissant la multidisciplinarité. Avec le respect de chacun pour la discipline de l'autre. Et c'est en fait la réponse la plus importante que nous pouvons offrir à l'inquiétude de pouvoir conserver notre identité. Oui, nous allons pouvoir la conserver. Les autres disciplines sont très intéressées dans ce que la psychologie peut offrir. Mais nous allons devoir le faire ensemble, nous allons devoir nous organiser ensemble en associations professionnelles fortes et bénéficiant des moyens nécessaires pour pouvoir le faire et pour pouvoir défendre



les intérêts de la psychologie. Et pas en hurlant avec les loups, en distribuant des pamphlets, ou en désignant l'ennemi ou le danger ou la menace. Non, nous avons un message positif à délivrer. Si l'on regarde l'histoire de Telmo sur ce que la psychologie a atteint aujourd'hui au Portugal, si vous regardez au Pays-Bas, en Angleterre, nous avons fait d'énormes progrès. Et les psychologues les ont réalisés en agissant ensemble et en s'adressant ensemble à la politique et à d'autres acteurs. Ça c'est la réponse à l'inquiétude.

MODERATRICE: Oui et aujourd'hui est aussi un beau progrès. N'est-ce pas, Adélaïde ?

ADÉLAÏDE BLAVIER: Voilà, je voulais peut-être réagir aux propos de Koen à ce niveau, je le rejoins tout à fait. Et donc je pense que nous sommes plus de 1 000 aujourd'hui ici présents. Vous avez vu, Edward nous a présenté la courbe pour qu'on arrive à plus de 10 000 psychologues enregistrés comme psychologues agréés à la Commission belge des Psychologues. Et je pense qu'on doit être attentifs aussi à la création de sous-entités. La psychologie clinique et la psychothérapie, risquent encore plus de diviser notre profession. Et donc je pense qu'il faudra être attentif à ce point-là aussi.

MODERATRICE: Oui, tout à fait vrai. Je me tourne vers vous. Comment voyez-vous les choses?

FRANCIS MARTENS: Ma vision est un petit peu partagée. Je suis bien sûr tout à fait ravi de cette autonomie qu'on va donner aux psychologues, mais c'est un peu une autonomie dans un pré qui n'est pas le leur. On a parlé d'evidence-based. Je vais vous donner un exemple pour qu'on comprenne bien les choses. Je pense que l'evidence-based, en médecine, c'est absolument fondamental et ce qu'on appelle les bonnes pratiques aussi, évidemment. Mais, prenons un cas qu'on a tous rencontré, je pense, dans notre boulot, dans nos familles, chez nos proches, le cas assez banal statistiquement, mais très grave, pouvant mener à la mort d'anorexie mentale. Il est clair qu'on travaille en général en collaboration : psychologues, psychothérapeutes, psychiatres et bien sûr le médecin généraliste et l'hôpital, parce qu'il y a la mort qui est au bout du tunnel souvent pour les anorexiques. Il est clair que pour le médecin qui va suivre l'anorexique, si elle a un certain âge, une certaine taille, un certain poids, en dessous d'un certain poids, les bonnes pratiques, evidence-based disent : Maintenant, c'est le gavage, c'est l'hôpital, sans quoi elle est morte. Nous, on l'accompagne par ailleurs, comme psychothérapeute par exemple. Et là on n'est pas dans des bonnes pratiques standardisées, dans des procédures standards, totalement nécessaires par ailleurs, parce que pour nous, l'anorexie mentale, elle aura inventé à elle toute seule, pour ne pas mourir, ou pour ne pas crever, ce symptôme, sans le vouloir, de moindre mal, mais qui la mettent en danger, qui est l'anorexie mentale. Nous, on va accompagner cette personne qui a inventé ça à son corps défendant, faute de mieux, qui va peut-être en mourir. Mais il n'y a pas pour ça de bonne procédure, parce que c'est chaque fois individuel et on ne sait pas où on va. Évidemment, si on a le bon protocole de l'INAMI, evidenced-based, pour les psychothérapeutes, treize séances, et après c'est de l'abus, alors on est perdu évidemment. Donc avec Koen, je me réjouis, mais je suis un peu plus pessimiste que toi. Parce que, dépendre des Commissions médicales provinciales actuellement, comment elles fonctionnent, de façon plus dangereuse que jamais, parce



que l'état se resserre, pour des raisons socio-économiques, c'est extrêmement dangereux. Et je pense qu'on est quand même dans un cas de figure d'abus de psychologues en état de faiblesse. Bon, pas nous qui avons déjà un petit statut, mais tous les jeunes qui commencent, qui sur le marché, sont prêts à tout pour avoir un boulot. Comment oseront-ils désobéir au médecin, au chef de service ? Ça, ça me préoccupe vraiment beaucoup. Combien de surqualifiés, avec doctorat et tout, travaillent comme éducateurs, faute de mieux ? Moi ce que j'aurais voulu, c'est que la politique de santé mentale, au sens spécifique de la santé mentale, augmente le cadre de psychologues des hôpitaux, psychiatriques et généraux. Augmentent encore plus le cadre des psychologues de santé mentale et que là on ait des collègues avec un salaire assuré, mais aussi une autonomie garantie. Parce que c'est très bien de travailler en collaboration avec des collègues médecins, ça se passe très bien dans les hôpitaux, mais les hôpitaux sont très hiérarchiques. Tant qu'il n'y aura pas un service de psychologie autonome dans l'hôpital, qui soit pas le service de médecine, ni le service administratif de l'hôpital, nous serons dans une fragilité totale et tous les jeunes seront prêts à tout pour ne pas perdre leur boulot. Et donc, toute notre spécificité risque de disparaître et nous serons les petites mains des psychiatres, comme c'est déjà le cas très souvent.

ARIANE BAZAN: J'aimerais encore réagir un petit peu à votre réponse, Monsieur Lowet. Voilà, je suis également extrêmement heureuse que nous sommes tellement ensemble aujourd'hui, pour une fois. Quand même, ils y a des énormes progrès ici qui se font, rien que le fait d'être ensemble, et nous nous félicitons de ces progrès. En même temps, peut-être est-ce aussi le moment de quand même réfléchir à la réalité du terrain. C'est-à-dire à la réalité clinique: Qu'en est-il de notre santé mentale ? Sauf à me tromper, je pense que nous avons, à côté de ces raisons de nous réjouir, aussi des raisons de nous inquiéter. C'est-à-dire qu'il y a des grands points problématiques, que ce soit la prise de médication psychotrope exponentielle, que ce soit aussi quand même une évolution inquiétante dans les centres psychiatriques de recours à l'isolement et à la fixation. Juste pour donner une idée, nous avons eu l'occasion d'étudier le dossier d'un grand centre de santé mentale et d'handicap mental en Flandre. Les enfants de moins de seize ans y sont enfermés vingt fois en moyenne par an. Et pour six de ces occasions, plus de vingt-quatre heures en isolement solitaire. Il y a quand même un grand nombre de suicides, il y a une espèce de généralisation de problèmes dans tous les terrains, y compris le terrain du travail, avec le burnout, etc. Nous avons des raisons aussi de nous inquiéter ... Qu'en est-il de ce paradoxe d'une évolution des formations de psychologie, de psychologie clinique, qui depuis vingt ans est sur un mode de plus en plus science exacte, mais sur le terrain, une crise de la santé mentale. Alors, vous m'avez introduite, et j'en suis heureuse, comme tant Docteur en biologie que Docteur en psychologie. On est d'accord, il y a autre chose qui joue dans la rencontre clinique qu'une maîtrise de certaines connaissances exactes. Il y a aussi une possibilité d'entrer dans la relation et d'y rester. Je pense qu'un défi qui va se poser à nous, et je suis contente que Monsieur Lowet s'y inscrivait directement, le défi, par rapport à ce qui se passe sur le terrain, pour l'avenir de la psychologie et de la psychologie clinique, c'est d'arriver à marier ces deux épistémologies différentes. Une épistémologie de maîtrise, de science exacte, mais aussi une épistémologie de faire avec un état d'impuissance, d'une réflexion, d'entrer dans la relation, une épistémologie d'une tradition clinique, qui est



beaucoup plus science humaine. Et les deux ne doivent pas être exclusifs l'un de l'autre mais doivent trouver à parts égales et à valeurs égales une place dans nos formations à l'université et dans les formations par après.

MODERATRICE: Ok, merci. Oui, Koen ?

KOEN LOWET: Je trouve très étrange que nous faisons continuellement référence au cadre scientifique et evidence-based et aux différentes approches. Je pense que personne dans ce public ne doit être convaincu. Nous sommes tous des psychologues, nous avons tous suivi notre formation universitaire. Lors de cette formation universitaire nous avons reçu deux approches scientifiques. Car lorsque nous parlons «d'evidence-based psychology», c'est effectivement autre chose que «l'evidence-based medicine». Nous avons deux approches philosophiques. D'une part, le modèle scientifique positif qui nous a beaucoup apporté. D'autre part, le modèle des sciences humaines qui a apporté beaucoup à la psychologie. C'est justement ce qui rend la psychologie unique. Je pense que tout le monde dans la salle sera d'accord, nous ne devons convaincre personne. La question qui se pose est : comment convaincre les autres en dehors de cette salle ? Car ne vous y trompez pas, la première proposition que nous avons reçu de l'INAMI, concernant un protocole de traitement du niveau de fatigue chronique, était effectivement un traitement protocolaire. Douze sessions sont possibles, pour le reste, vous ne pouvez rien faire. Vous avez un patient dont l'époux en souffre, et bien c'est dommage, vous ne pouvez l'inclure dans le protocole. L'INAMI raisonnait ainsi. Comment lutter contre ceci ? Eh bien, ce que nous avons fait en Flandres, car c'était une convention flamande. La VVKB est la plus grande sous-fédération de la fédération belge, avec plus de 2 000 membres. Nous avons très clairement dit à nos membres : ne signez pas cette convention. Les membres n'ont pas signé et la convention n'est pas entrée en vigueur. De cette façon, nous l'avons bloquée d'une part, et nous avons créé un espace de discussion chez les personnes de l'INAMI pour leur expliquer comment cela devrait être fait. Car si vous n'êtes pas présent autour de la table, si vous n'entrez pas dans la concertation, si vous hurlez à l'ennemi, et que vous ne vous joignez pas à la discussion, vous n'avez en définitive rien à dire. Vous n'avez alors même pas la chance d'expliquer à quel point ces deux approches sont productives. Et c'est la stratégie que nous devons suivre. Nous rendre ensemble comme un seul homme autour de la table et expliquer ce qui rend la psychologie si différente des autres disciplines.

MODERATRICE: Comme vous l'avez rappelé tout à l'heure, rassembler les forces.

KOEN LOWET: Oui, effectivement. Et il ne faut convaincre personne dans la salle du point : « qu'est-ce que la psychologie evidence-based ». Tout le monde le sait ici et sait aussi que travailler de façon simplement protocolaire n'a pas de sens pour quelque patient que ce soit.

MODERATRICE: Cette approche est pourtant parfois appliquée, dans des situations concrètes.



KOEN LOWET: Oui mais les protocoles... Si nous parlons un peu des protocoles... Les protocoles ont de la valeur dans le sens qu'ils ont apporté une certaine technique et qu'ils ont été prouvés par des recherches. La psychologie evidence-based, selon la définition de nos grands frères en Amérique, l'association américaine de psychologie, est l'application de la meilleure connaissance scientifique disponible au moment même. Un protocole peut en faire partie, adapté aux caractéristiques du client et à son environnement tel que vous le percevez, complété par votre propre expérience en tant que clinicien. C'est la psychologie evidence-based, c'est que nous représentons en tant que fédération professionnelle et c'est aussi le message que nous portons, c'est justement la spécificité de la psychologie et cela la rend différente de par exemple, une médecine evidence-based où vous pouvez facilement effectuer une ECT et modifier la prescription de pilules, cela ne fonctionne pas comme ça chez nous.

MODERATRICE: Non, c'est certainement vrai. Oui, Geert.

GEERT VAN ISTERDAEL: Même nous, en tant que clients, nous ne parlons plus depuis déjà des années de guérison, nous parlons d'une vision de récupération. Nous craignons une surmédicalisation de nos maladies. Nous parlons depuis des années d'un soin sur mesure totalement opposé aux protocoles développés aux Pays-Bas. A cet égard, nous menons un combat égal avec nombre de personnes dans cette salle.

MODERATRICE: Ok. Parfait. Nous manquons un peu de temps, je vais donc poser encore une question. Geert, je vais vous la poser. Le secret professionnel, nous en parlons souvent. Mais est-ce aussi une inquiétude du patient ?

GEERT VAN ISTERDAEL: Oh... La question me surprend un peu. Je pense que le secret professionnel doit être maintenu, mais qu'il existe nombre de possibilités de demander au patient si le secret professionnel peut être révélé ou si des personnes peuvent être informées. Mais je le conserverai tout en lui donnant une marge de manœuvre plus large et une application plus importante.

MODERATRICE: Oui, c'est bien formulé. En effet. Ok. Je souhaiterais vous remercier. Mais ce n'est pas terminé. J'invite notre directeur Edward Van Rossen sur le podium. Car vous avez aussi pu poser des questions et je suis très curieux du résultat. Quelles questions avons-nous encore pour nos membres du panel ?

EDWARD VAN ROSSEN : L'on m'indique qu'il ne reste que peu de temps et je m'imagine que tout le monde commence à avoir soif et veut passer à la réception. J'ai parcouru un certain nombre de questions avec notre présidente et nous avons décidé quelles questions vont être posées, puisqu'elles reviennent à plusieurs reprises.

La première question, est la suivante : les quatre courants de la psychothérapie qui étaient mentionnés dans la Loi de 2014 sont-ils maintenus dans le projet de révision de la Ministre De Block ? C'est peut-être une question pour Messieurs Martens ou Lowet. Monsieur Martens ?



FRANCIS MARTENS: Ma réponse, c'est que j'aimerais bien, parce que qui dit santé dit pluralité, place laissée à l'autre, notamment aux autres disciplines. Pour ce qui concerne mon association, Madame De Block avançait dans la plus totale obscurité. Elle n'a rien partagé, ce qui nous a étonnés, elle a vraiment parlé avec les gens dont elle pensait a priori qu'ils seraient d'accord avec elle, je pense, parce qu'il y a quand même un paradoxe. On est une association qui a trente années, nous sommes la seule association nationale reconnue en Belgique qui soit composée exclusivement de psychologues cliniciens psychothérapeutes. Dans d'autres associations, comme la FBP, il y en a beaucoup d'autres aussi. Mais nous sommes les seuls spécifiques. Eh bien, elle qui voulait légiférer exclusivement sur la psycho-clinique et la psychothérapie, ce n'est pas qu'elle ne nous a pas reçus ou entendus, elle a refusé de le faire. Donc, il y a quand même un congédiement de ce qui ne l'arrange pas. Et c'est ça qui m'inquiète beaucoup. La médecine qui nous sauve la vie, c'est une médecine technologique de pointe. C'est une médecine qui fonctionne par A ou zéro, c'est digital. Nous, on l'a tous dit ici, c'est tout autre chose. Mais le système dans lequel elle a travaillé me semble un système extrêmement clos et fermé. Et on a simplement pas été informés, on ne sait pas à quelle sauce on va être mangés. Et ça, ça m'inquiète beaucoup.

Je veux peut-être encore compléter cette question. Comme madame De Block l'a dit, aucun texte n'est encore public, donc concrètement nous ne savons pas si les quatre courants vont être retenus. La question que nous devons envisager, et c'est une question que notre association flamande va examiner, est à quel point il est encore pertinent de distinguer les quatre courants ? Car si vous regardez la recherche scientifique, vous observez que nous nous dirigeons de plus en plus vers des modèles intégratifs, vers les facteurs communs. Nous recherchons pourquoi une certaine psychologie fonctionne pour tel ou tel patient. Et vous remarquez en fait que la distinction entre les quatre courants tend à s'effacer lentement. Nous allons plus vers une approche intégrative de la psychothérapie. Mais si ces courants vont subsister dans les modifications de la loi, nous n'en savons rien.

MODERATRICE: Oui, il faudra attendre encore un peu. Y-a-t-il encore des questions ?

EDWARD VAN ROSSEN : Oui, encore une autre question courte peut-être. Je regarde le temps, nous avons encore un peu de marge. Comment notre groupe professionnel est-il protégé contre la prolifération de coaches qui viennent clairement sur le terrain des psychologues, mais avec plus de libertés, car ils n'ont pas par exemple de droit disciplinaire à suivre, et moins de responsabilités en termes de qualité, continuité des soins, etc.

KOEN LOWET: C'est ce dont je parlais il y a peu. C'est là que se situe l'importance du mouvement que nous effectuons avec le cabinet De Block. En intégrant le psychologue dans les structures de santé, en ouvrant la voie au remboursement, vers l'accessibilité, la disponibilité, le marché des charlatans et des coaches va se restreindre. C'est un peu comme le dit Geert, choisir entre la peste et le choléra. Le choléra est en fait que le charlatan est encore moins cher qu'un véritable psychologue, et c'est là que vous allez car chez lui au moins, vous pouvez vous y rendre. Par exemple, ce que nous avons observé en Angleterre ... En Angleterre, ils avaient le même problème que nous connaissons aujourd'hui en Belgique. Beaucoup de charlatanisme en psychothérapie. Qu'a-t-on fait à



cet égard ? Rien avec la psychothérapie. Cette dernière est encore aujourd'hui non légiférée en Angleterre. On a réglé le psychologue, l'on a fait des autoroutes vers les psychologues, on les a rendu facilement accessibles, disponibles, payables, tout ce que vous voulez. Et en fait qu'observez-vous, la population trouve très facilement son chemin vers le psychologue. De ce fait, le marché des charlatans se réduit et disparaît. Donc la meilleure protection de notre groupement professionnel contre les pratiques des coaches et autres, c'est justement de nous assurer que nous sommes intégrés dans les structures de soins de santé, que nous collaborons étroitement avec les généralistes et les autres acteurs en soins de première ligne et que nous restons accessibles directement.

MODERATRICE: Oui, que le chemin vers vous soit très clair. Oui.

FRANCIS MARTENS: Oui ? – C'est une assez bonne question, la question, bien sûr, sur les charlatans, les réels charlatans et les supposés charlatans. Il y aussi la question de la diversité un peu folle qu'il est bon de voir proliférer dans la société, parce qu'après tout, ce qui soigne n'est pas toujours évident. Mais peut-être que les charlatans les plus dangereux, on en connaît tous évidemment chez les médecins et parmi nos collègues les plus proches. Il y a aussi ce qu'on appelle les charlatans diplômés, naturellement, qui donnent l'impression parce qu'ils ont leur diplôme affiché dans leur cabinet... Peut-être que la question qui n'a pas été assez, même pas du tout soulevée entre nous, on a dit voilà : Nous allons être autonomes, nous aurons accès à ceci et à cela, mais avec quelle formation, finalement ? Je pense que ce qu'il faut rappeler, et là je reprends aussi les paroles de mon collègue Xavier Renders, qui est enseignant de psychologie à l'UCL et en service recteur. Le diplôme de psychologue, c'est un diplôme, justement. Ça donne une qualification d'ouverture intellectuelle à beaucoup de choses, qui comme le diplôme de juriste ouvre alors sur des professions et dans chaque profession, il faut se former spécifiquement. Si on arrive avec son seul diplôme, on n'a aucune garantie à offrir aux autres. Et ça, il faut absolument le dire et le redire. Mais ce serait vraiment l'occasion d'une journée entière et nouvelle. Donc, je m'arrête là.

MODERATRICE: Oui, je vois Koen acquiescer.

KOEN LOWET: Je peux suivre complètement mon collègue. Il sera aussi très heureux d'apprendre que l'EFPA, à l'instar du conseil de santé et en analogie avec ce que notre collègue du Portugal Telmo Mourinho Baptista a expliqué, prévoit en plus du diplôme, aussi une formation continue et une année supplémentaire de pratique supervisée. Car c'est en fait ce qui forme un clinicien réel dans la pratique : le diplôme vous procure une bonne base solide scientifique, mais un clinicien est formé par l'expérience et la pratique, alors que le stage professionnel ne dure à présent que 6 ou 9 mois à l'université. Et c'est pourquoi nous avons tellement lutté pour pouvoir ajouter un an de pratique supervisée à la formation de base. C'est une réelle valeur ajoutée pour la professionnalisation ultérieure de notre métier et pour la qualité envers les clients.

MODERATRICE: Oui, tout à fait. Y-a-t-il encore des réactions ou une dernière question ?



EDWARD VAN ROSSEN : Il y avait quelqu'un qui posait la question : pourquoi la Loi de 2014 doit-elle être réformée? Pourquoi cette réforme réduit-elle l'accès au métier de psychothérapeute, notamment aux seuls détenteurs d'un diplôme d'un secteur de la santé, donc les médecins ou les psychiatres, les psychologues ou les orthopédagogues cliniciens.

KOEN LOWET: Pas facile d'expliquer cela en 30 secondes... Il est très important de comprendre: c'était une vraie nécessité d'adapter la loi. Nous l'avions aussi indiqué dès le début, à la fin de la législature précédente lorsque la loi a été votée au parlement, c'est une loi inachevée. Une loi juridiquement imparfaite. Et nous avons espéré que le consensus régnant autour de la table subsisterait dans la pratique, mais trois semaines après l'entrée en fonction du ministre, les orthopédagogues ont introduit un recours devant la Cour constitutionnelle pour attaquer la loi. Les lacunes juridiques ont immédiatement été exposées. Le ministre n'avait pas d'autre choix que de rendre la loi juridiquement valable afin qu'elle soit exécutable. Le pire qui puisse arriver, est qu'au 1er septembre 2016 une loi entre en vigueur et qu'elle soit pendant des années, contestée par la Cour constitutionnelle. Ceci bloquerait totalement l'exercice et le développement de notre profession.

MODERATRICE: Oui, effectivement. Comment voyez-vous les choses ?

FRANCIS MARTENS: Oui, bon, cette loi, je le rappelle quand même, c'est le fruit au moins d'une quinzaine d'années de travail entre tous les acteurs concernés, à travers différents gouvernements. Et finalement, elle a été votée par le gouvernement à l'unanimité, sauf la NVA et le Vlaams Belang. Tout le monde était d'accord. C'était un bon compromis à la belge, je dirais. Il y avait certainement des choses à améliorer, par exemple notre fédération a toujours trouvé que les psychologues cliniciens et les psychothérapeutes devaient être dans l'Arrêté 78, mais dans une place spécifique et autonome, pas comme une annexe de médecin, comme c'est le cas maintenant. Alors Mme De Block a dit, cette loi, je dois la réparer. C'est son terme exact. Elle ne l'a pas réparée. Elle a fait comme fait mon fils quand il avait 5 ans et qu'il voulait réparer mon train électrique. C'était une catastrophe ferroviaire, vous l'imaginez bien.

Donc, cette loi a été changée essentiellement sous la pression d'un lobby d'abord hyper médical classique. Mme De Block, c'est bien son droit et je le respecte, c'est un parti démocratique, elle appartient au VLD. C'est le parti le plus dur et le plus radical quant aux privilèges médicaux, de tous temps. Et ce qu'elle fait, c'est nous ramener à peu près 50 ans en arrière de ce côté-là. Il y a d'autres choses qui sont bonnes. Cette autonomie qui nous est donnée. Mais autonomie sous contrôle, sous surveillance, sous le regard bienveillant et paternel des Commissions médicales provinciales.

Donc pour moi, ça ne devrait pas être changé comme cela. Ça devrait être amélioré, mais cette loi, elle n'existe plus. Elle est tout à fait cassée, en réalité.

MODERATRICE: OK. Mesdames, messieurs, je vous remercie beaucoup. Un très grand merci.