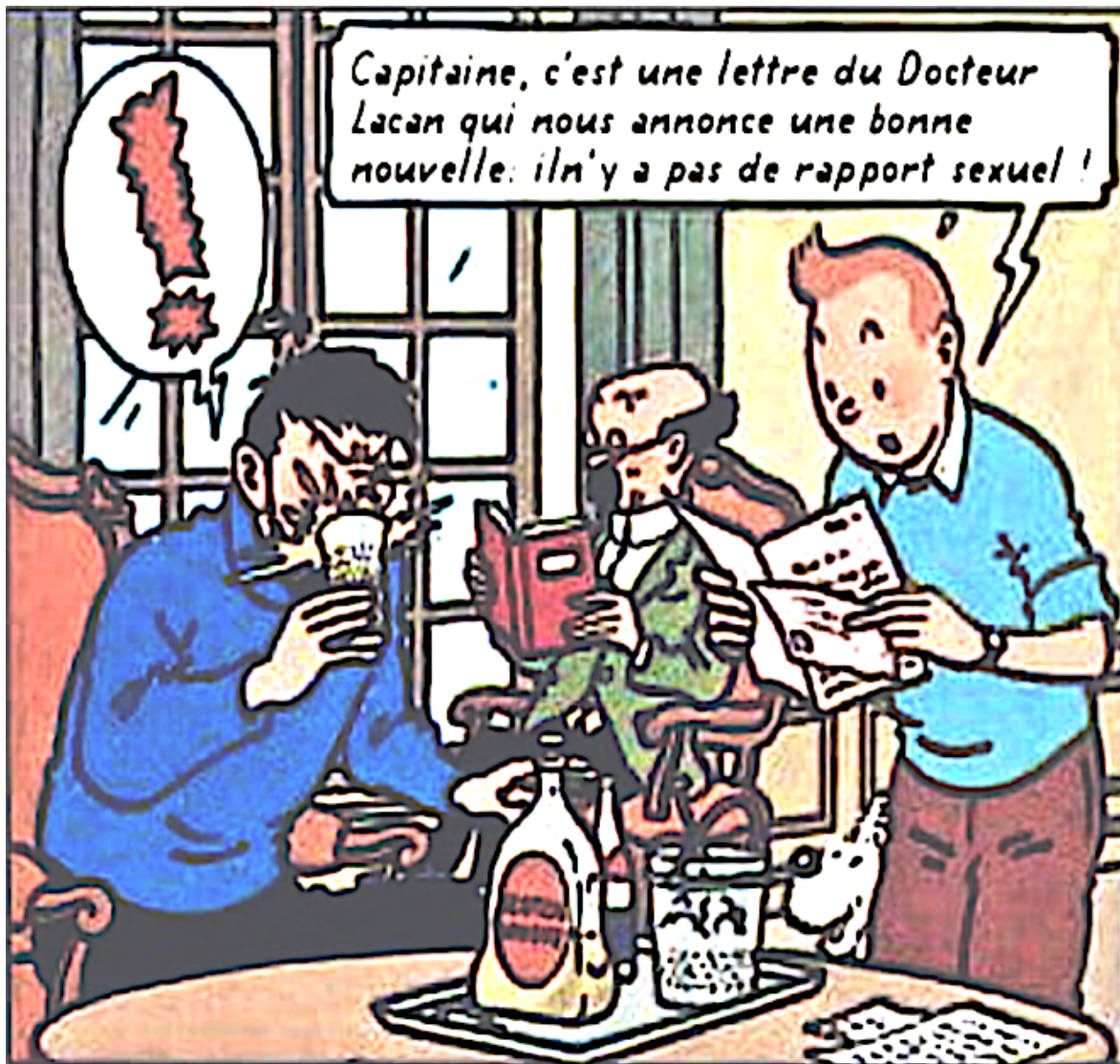


## Newsletter 2022 2

*Enfin une bonne nouvelle !*



*On attend toujours la lettre du docteur Vandembroucke*

# Sommaire

- p 1. **Bonne nouvelle !**
- p 3 *Lettre à Frank Vandenbroucke 1*
- p 10 *Brief aan Frank Vandenbroucke 1*
- p 17 **Qui ne dit mot consent-il vraiment ?**
- p 31 *Lettre à Frank Vandenbroucke 2*
- p 41 *DSM News !*





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 Vandenbroucke,  
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

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 séméiologie 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<sup>ème</sup> 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





Brussel, 5 avril 2022

*ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS  
D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE*

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

aan de Heer Frank Vandenbroucke,  
Minister van Volksgezondheid en sociale zaken

Aan de Heer David Clarinval,  
Minister van Middenstand en zelfstandigen  
Ter kennisgeving

Aan de Heer Joris Lagrou  
Voorzitter van de psychologencommissie  
Ter kennisgeving

Geachte Minister,

Ondanks de bewondering en dank die ik u verschuldigd ben voor het immense werk dat u op het hoogtepunt van de pandemie hebt verricht, voel ik mij genoodzaakt u een brief te sturen die u onaangenaam, wellicht ook ondiplomatisch in de oren zal klinken. Hiervoor alvast mijn verontschuldiging. Mag ik u toch vragen om de tijd te nemen om hem helemaal te lezen? De inzet is hoog, de feiten zijn overweldigend. Als uw kabinet weigert ons te ontvangen, kan het op zijn minst wel tijd vrijmaken om te reageren.

Helaas word ik gedwongen ondiplomatisch te zijn. Gezien de manier waarop uw kabinet te werk gaat en de schade die het heeft aangericht, heb ik geen keus. Covid kan niet voor alles een verontschuldiging zijn. Als het al stuitend is dat brieven van erkende beroepsverenigingen, die rechtstreeks door uw beleid worden geraakt, worden genegeerd, is het nog erger om wetgeving uit te vaardigen, zonder bekwame gesprekspartners, inzake een materie waarover uw adviseurs klaarblijkelijk onwetend zijn. Ik heb het over de geestelijke gezondheid. De dwingende maatregelen die u oplegt, met hun kostenplaatje, houden op geen enkele wijze rekening met de specificiteit, de reële behoeften en de wetenschappelijke benadering van deze sector. Erger, deze maatregelen zijn een gevaar voor de basis zelf van het klinische werk in de geestelijke gezondheidszorg.

Ik twijfel niet aan uw goede trouw. Ik beschuldig u niet van opzet. Ik herlees gewoon het interview dat op 15 februari in de krant Le Soir is verschenen. Voorbij de beschrijving van de huidige en toekomstige mirakelen, getuigt het vooral van een gebrek aan kennis op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Alleen al de notie "eerste lijn" geeft de toepassing aan van een technisch-medisch schema dat onverenigbaar is met de therapeutische vrijheid van de klinisch psycholoog en met de keuzevrijheid van de patiënt. De overgang van de "generalist" naar de "specialist", via de "deskundige", voor degenen die "geconventioneerd" zijn, verloopt op dezelfde manier, vanuit een hiërarchie van symptomen, volgens een model dat geen verband houdt met de klinische realiteit van het werk in de geestelijke

gezondheidszorg. De zeldzame specialisaties komen geenszins overeen met een typisch medisch model.

Meer nog, een "algemeen" consult vereist niet minder bekwaamheid dan de opvang van een zwaar delier. Men kan nooit van tevoren inschatten welke diepten al dan niet verborgen liggen onder een ogenschijnlijk onschuldige klacht. Bij gebrek aan voldoende opleiding - en een universitaire opleiding zal nooit genoeg zijn - horen wij niet, bagatelliseren wij, dramatiseren wij, misleiden wij. En vooral, de therapeutische relatie is niet inwisselbaar. Het is geen instrument, te nemen of te laten, naargelang de techniek of de diagnose. Het krijgshaftige beeld van de "eerste lijn" is alleen relevant bij de dringende debriefing van grote collectieve trauma's.

Maar het ergste moet nog komen. Uw stelling, Minister, dat "de patiënt ondeelbaar is" en dat "geestelijke en somatische gezondheidsaspecten nauw met elkaar verbonden zijn" hoeft niet meer aangetoond te worden. Het besluit dat klinisch psychologen daarom "verplicht zijn een verslag te delen met de huisarts van de patiënt", zoals "in de somatische gezondheidszorg", toont echter geen enkel logisch verband met die oorspronkelijke stelling - laat staan enige praktijkervaring. Het is een stelling ontbloot van een klinische, sociale en wetenschappelijke basis : vooral voor psychologen die spontaan, altijd al, hebben samengewerkt met psychiaters en huisartsen.

In feite worden we geconfronteerd met een beginsel (het verslag delen met de huisarts) waarachter een heel andere "logica" schuilgaat dan die van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Eerder is het corporatistisch gelobby van enkele slecht opgeleide psychologen, die bereid zijn genoeg te nemen met een paramedisch statuut, en hun autonomie en hun specificiteit op te offeren op het altaar van het RIZIV voor enkele euro's meer (75 euro voor enkele geconventioneerde sessies, tegenover gemiddeld 60 euro, buiten de conventie, voor psychologen die in het Brussels Gewest werken). Het stimuleren van de interdisciplinariteit is hier slechts het verkoopsargument van een de facto para-medicalisering - en dit is des te ernstiger omdat een deel van de beperkingen die aan conventionele psychologen worden opgelegd, zonder onderscheid worden toegepast op alle clinici, die thans onderworpen zijn aan een "erkenning" die hun bekwaamheid niet garandeert.

Het elektronische patiëntendossier (EPD) dringt zich op als voor de hand liggend en als belangrijk hulpmiddel in het veld van de technisch-medische praktijk. In de somatische geneeskunde, kan het levens redden. Maar het is belangrijk niet alles door elkaar te halen. Hoewel de klinische psychologie deel uitmaakt van de gezondheidszorg is het geen medische praktijk. Een strikt beroepsgeheim maakt deel uit van haar verantwoordelijkheid. In de somatische geneeskunde is dit echter zo goed als verdwenen. In het georganiseerde universum van het EPD blijken overal datalekken. Een orthopedisch chirurg vertelde mij dat hij onlangs een bekend politicus had gezien. De volgende dag raadpleegde de arts een medische databank waar hij - zonder dat hij daarnaar had gezocht - te weten kwam dat zijn patiënt vorig jaar een ontwenningsskuur voor alcohol had ondergaan - een aspect van zijn leven dat hij liever verzwegen. Het is goed te weten dat elke dorpsapotheker die tijdens de vakantie toevallig wordt geraadpleegd, momenteel - ongevraagd - commentaar kan geven op onze HIV-behandeling.

Wat al onaanvaardbaar is in een medische context, is dat helemaal in het domein van de klinische psychologie. Afgezien van het feit dat de uitholling van het beroepsgeheim een ernstige bedreiging vormt voor de democratie (het beroepsgeheim is een zaak van publiek recht), brengt het op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg elke therapeutische relatie in gevaar. Psychisch lijden is geen ziekte. Het ontsnapt aan het gestandaardiseerde schema van "diagnose-zorg-zorg-specialisatie". Het maakt deel uit van ons hele relationele veld. Naast het lijden dat voortkomt uit een handicap, conflicten, trauma's en rouwprocessen, zijn er gevoelens van mislukking, machteloosheid en schaamte die mensen ervan weerhouden hulp te zoeken. Depressie en burn-out worden vaak ervaren als een mislukking of een fout - dat is de reden waarom veel patiënten hun intimiteit niet delen met hun huisarts, om hun gevoel van eigenwaarde te behouden. Het komt elke therapeut toe om, met de nodige omzichtigheid en geval per geval, te beoordelen of het al dan niet wenselijk is met andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg samen te werken.

Moeten we herhalen, mijnheer de minister, hoe onverantwoord het is om op het gebied van de geestelijke gezondheid wetten op te leggen zonder rekening te houden met, of zelfs maar geïnformeerd te willen worden over, het specifieke karakter en de behoeften op dit gebied? Het RIZIV een zaak uitbesteden waarover dit instituut (maatschappelijk onmisbaar, maar specifiek gewijd aan de budgettaire codering van de handelingen van de technisch-organische geneeskunde) niets van afweet. In werkelijkheid komt de dure marketing van "geconventioneerde" psychologen alleen deze psychologen zelf ten goede, zonder de garanties te bieden van de ernst en het teamwerk zoals dat bijvoorbeeld bij de CGG's te vinden is. Het is een zuiver corporatistische operatie. Erger nog, het verhindert de best opgeleide klinisch psychologen te werken volgens de deontologie van hun beroep. Ik beklemtoon dit "best opgeleid" omdat het een echt criterium ter afbakening is: het gebrek aan bekommernis om het beroepsgeheim, het ontbreken van een ingesteldheid inzake het EPD, is een teken van een ernstig gebrek aan ervaring met klinische situaties.

Hoe kunt u rechtvaardigen, minister?

- om met minachting te weigeren ("We zullen u schrijven") om de enige erkende nationale vereniging te ontvangen, uitsluitend samengesteld uit klinisch psychologen en psychotherapeuten (APPPSY); een vereniging die de spil was van de wet Onkelinx (2014) over de geestelijke gezondheid, de klinische psychologie, de psychotherapie (gestemd onder applaus van de Kamer); en de initiatiefnemer van een echte Hoge Raad voor de Beroepen in de Geestelijke Gezondheidszorg, die de diversiteit van de actoren van het echte veld vertegenwoordigt. Deze Raad, voorzien door de wet van 2014, werd geacht te reflecteren over inhoudelijke kwesties en oplossingen voor te stellen die aansloten bij de maatschappelijke realiteit. De wet was het resultaat van 15 jaar werk (begonnen onder het kabinet Demotte) dat leidde tot een consensus van alle betrokken actoren. De raad werd gesaboteerd door de wet De Block (2016) en vervangen door een zuiver corporatistisch orgaan met een arbitraire samenstelling, dat in het geheim werkt, met een verbod om buiten het kader van de wet van 2016 te treden. De samenstelling van deze raad is niet die van een Raad voor de geestelijke gezondheid. Hij heeft zich zijn naam toegeëigend. Er zitten zeker waardevolle mensen in, maar de adviezen zijn niet geloofwaardig en de voorzitter heeft geen legitimiteit

- om niet te antwoorden op de brieven die u attent maken op bepaalde ernstige problemen - waaronder zelfs brieven van het kabinet van de FOD-Middenstand

- om geen rekening te houden met de Algemene verordening gegevensbescherming (GDPR); de adviezen van de gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), het Grondwettelijk hof en de Hoge gezondheidsraad (HG)

*- om zonder overleg juridische of administratieve teksten op te stellen die de regels van de wet van 1993-2013 ter instelling van de Psychologencommissie, haar tuchtcolleges en haar deontologische code, overtreden of onduidelijk houden.*

- om de klinische psychologen te dwingen om te werken binnen een administratief en klinisch kader dat hen verplicht de belangrijkste voorschriften van hun deontologische code te schenden - een code waarvan de eerbiediging een voorwaarde is voor het voeren van de titel van "psycholoog

- om geen aandacht te schenken aan de belangrijke - democratische en klinische – inzet, gedragen door de kwestie van het beroepsgeheim in het domein van de geestelijke gezondheidszorg - en dit ondanks de vele waarschuwingen die wij in een afzonderlijke brief uitvoerig aan de orde zullen stellen.

Maar misschien kan uw kabinet, minister, verzachtende omstandigheden inbrengen ?

- Vooreerst heeft het noodzakelijkerwijs het gebrek aan belangstelling voor geestelijke gezondheid geërfd dat de meeste van uw voorgangers aan de dag hebben gelegd. Een te betreuren vergissing. Betaalbare zorg op het gebied van de geestelijke gezondheid heeft immers een belangrijk preventief effect in het geheel van het veld van de gezondheid. Volgens mijn contacten schijnt het budget voor geestelijke gezondheid nooit meer dan 5% van het totale budget voor gezondheidszorg te hebben bedragen - tot 2020, toen het zou zijn gestegen tot ongeveer 6%. Ik zeg dit onder voorbehoud omdat mijn vriend Pierre Pestieau (ULG, docent en onderzoeker in Openbare Financiën) me heeft verteld dat er in België niet genoeg betrouwbare gegevens zijn om een precies cijfer te bepalen.

- ten tweede zijn uw medewerkers in de voetsporen getreden van Maggie De Block. Deze minister werd verondersteld de uitvoeringsbesluiten op te stellen van de wet Onkelinx (2014) over de klinische psychologie, de psychotherapie en de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg, een wet die door alle partijen, behalve N-VA en het Vlaams Belang, werd aangenomen. Bij haar aantreden heeft mevrouw De Block verklaard dat "deze wet ziek was, en dat hij moest worden hersteld" (sic): een merkwaardige opvatting over de geneeskunde - maar de competentie van de vorige minister van Volksgezondheid staat niet meer ter discussie. Zij was het die, in maart 2020, de artsen die in het begin van de pandemie alarm sloegen, "drama queens" noemde. Zij was het ook die zich liet omringen door twee ervaren raadgevers op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg: een internist uit Gent die nooit de minste belangstelling voor het onderwerp had getoond; een licentiaat antropologie van de KUL, die als enige staat van dienst de minister van "Asiel en Migratie" had bijgestaan. Maar we moeten er ook een specialist van buiten het kabinet aan toevoegen: een corporatistische psycholoog, nog steeds aan het werk, directeur van de VVKP, betaald om te lobbyen, die niet aarzelt om rigoureuus te argumenteren. Bijvoorbeeld: als Francis Martens de wet De Block als



een bedreiging van het beroepsgeheim ziet: "Hij liegt. Meer nog, hij liegt opzettelijk" (sic). Dit wetenschappelijk advies werd in beide talen gepubliceerd op de officiële website van de Belgische federatie voor psychologen. Het was onder invloed van dit lobbyen dat minister De Block weigerde de APPPsy te ontvangen - wat haar er niet van weerhield om tijdens een persconferentie en vervolgens voor de Gezondheidscommissie van de Kamer te verklaren dat zij ons twee keer had ontvangen. Dit is het niveau van het debat.

Het is verontrustend omdat dit gebrek aan reflectie en overleg, deze onderwerping aan een louter corporatistische inzet, resulteert in RIZIV-codes die geen verband houden met de werkelijkheid, en tot het opleggen van een elektronisch persoonlijk dossier (EPD) dat psychologen verhindert te werken in overeenstemming met de deontologische en relationele vereisten van hun beroep.

Ik besluit, mijnheer de Minister, met enkele bakens (zonder bibliografische verwijzingen om de tekst niet te lang te maken) die ons helpen om het gebied van de geestelijke gezondheid te onderscheiden van dat van het technisch-medisch beheren van de organen:

1) Geestelijke gezondheid en sociale gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hoewel de geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de gezondheidszorg, kan die geenszins beperkt worden tot de geneeskunde. Het economisch-psychosociale domein van de preventie gaat veel verder dan dat. In de geestelijke gezondheidszorg lijkt de zorg zelden op een medische behandeling

2) In de geestelijke gezondheidszorg hebben we zelden te maken met ziekten (diseases), laat staan stoornissen (disorders). Volgens de antropologie van de geneeskunde is het belangrijk een onderscheid te maken tussen "illness" (ziekte als een toestand van individueel lijden), "sickness" (ziekte als een sociaal verschijnsel), en "disease" (ziekte als een medisch nosografische eenheid). Er zij op gewezen dat het zuiver statistische begrip "stoornis" alle psychopathologische beschouwingen heeft vervangen, via het progressieve opleggen, in de psychiatrie, van de Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Dit gecodificeerde lexicon, ontworpen in de Verenigde Staten, moest psychiaters van over de hele wereld in staat stellen beter met elkaar te communiceren. In de greep van het farmaceutisch management is het omgevormd tot een gecodeerd repertoire van de meest heterogene afwijkingen van de norm, met het doel de overeenkomstige moleculen voor te schrijven. Onlangs heeft de Hoge Gezondheidsraad in ons land gewaarschuwd tegen een ondoordacht gebruik van de DSM.

3) Individueel lijden is altijd relationeel, en men kan het lijden "van de ziel" nooit scheiden van somatisch leed. In de geestelijke gezondheidszorg komen we veel ziekten tegen - zoals kanker - die lijden veroorzaken, en nog meer lijden dat ons ziek maakt - door ons immuunsysteem te verzwakken en ons bloot te stellen aan het uitlokken van diverse exogene of endogene ziekten, of door ons tot riskant gedrag te dwingen. Dit betekent niet dat achter elke psycholoog een immunoloog moet worden geplaatst, maar wel dat politiek rekening moet worden gehouden met het economische en sociale belang van het werk in de de geestelijke gezondheidszorg, op vlak van preventie.

4) Bij consultaties in de geestelijke gezondheidszorg is het verschil tussen "lichte tot matige" stoornissen en "ernstige" stoornissen die "gespecialiseerde" zorg vereisen, niet pertinent. Geïnspireerd door de DSM ("stoornissen" voor psychiaters, "problemen" voor psychologen), is dit mimetisch ten opzichte van een semiologie van het medische type. In de klinische psychologie wordt de diagnose geconstrueerd binnen de relatie en maakt ze reeds deel uit van een geïndividualiseerd therapeutisch traject. Slechts in uitzonderlijke gevallen moet een beroep worden gedaan op gespecialiseerde processen.

5) om structurele redenen kan de vorming in de psychotherapie niet uitsluitend aan de universiteit plaatsvinden (inschrijving in enkele gespecialiseerde modules en aanvullende cursussen): zij impliceert de kwalitatieve evaluatie van een persoonlijk rijpingsproces, en van een menselijke geschiktheid die niet kan worden teruggebracht tot het briljante verwerven van gespecialiseerde kennis. Nota bene : de faculteiten Psychologie zijn momenteel in elk geval overstelpt (meer dan duizend eerstejaars aan de ULB, in 2022), in die mate dat ze niet in staat zijn universitaire examens te organiseren die die naam waardig zijn, d.w.z. in verhouding tot de ontwikkeling van het kritisch denken. Laat ons het dan nog niet over de stages hebben. Ik spreek over de ULB omdat het een gerenommeerde faculteit is. In de praktijk zal een student die in 2020 afstudeert, tijdens zijn hele opleiding 2 of 3 persoonlijke examens hebben afgelegd. De rest zijn gewoon MCQ's: meerkeuzevragenlijsten, automatisch gecorrigeerd, waarbij vooral het vermogen om MCQ's te beantwoorden wordt beoordeeld, op een manier die vergelijkbaar is met televisieshows.

6) Geestelijke gezondheid en armoede zijn nauw met elkaar verbonden: sociologische studies hebben reeds lang geleden aangetoond dat het aantal psychiatrische consultaties toeneemt met de graad van armoede. Bovendien neemt de geestelijke gezondheid bij hetzelfde armoedeniveau af naarmate het sociale weefsel afbrokkelt: bijvoorbeeld wanneer men niet meer behoort tot een religieuze gemeenschap, sportclub of vakvereniging

7) Het is bijna een banaliteit, maar geestelijke gezondheid en sociale gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Lang voor de covid-19-pandemie heeft de WHO vastgesteld dat depressie in de wereld de belangrijkste oorzaak van invaliditeit is geworden, en dat er een verband is tussen depressie en eenzaamheid, en werkloosheid. Hieruit blijkt de omvang van het spectrum van interventies op het gebied van de geestelijke gezondheid, en het gevaar van buitensporige medicalisering

8) Op het individuele therapeutische niveau is men het erover eens dat een combinatie van psychotherapie en medicatie een doeltreffende behandeling is van depressie. In de praktijk blijft het voorschrijven van antidepressiva echter wijdverbreid. Het voedt een enorme markt. Wetenschappelijk werd echter vastgesteld dat de nieuwste generatie antidepressiva - met name de selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) - niet beter werken dan placebo's, behalve in gevallen van ernstige depressie (Hirsch, I, 2008)

9) de kwestie van het "placebo-effect" is niet anekdotisch: gedurende driekwart eeuw hebben duizenden gerandomiseerde experimentele studies gemiddeld ten minste 33% placebo-effect aangetoond, bij alle genoemde therapieën, en voor alle bekende ziekten. In sommige gevallen loopt dit op tot 66% of meer. Dit atypische therapeutische effect betreft zowel psychotherapieën als chirurgische ingrepen. Het gaat er uiteraard niet om op avontuurlijke wijze placebo's voor te schrijven, maar om rekening te houden met wat objectief gezien op

het terrein gebeurt: bijvoorbeeld inzake de onbetwistbare doeltreffendheid van behandelingen die objectief gezien excentriek zijn. In het kielzog van de verschijnselen van suggestie die in de 19e eeuw door Hyppolite Bernheim werden bestudeerd, vestigt het placebo/nocebo-effect de aandacht op de genezingsmechanismen die verborgen worden gehouden door de medische technieken die ons - om ons leven te redden - terugbrengen tot onze organen. In de praktijk houdt de technische geneeskunde geen rekening met het placebo-nocebo-effect, hoewel het de meest beproefde therapieën kan optimaliseren of tenietdoen ("nocebo" betekent in het Latijn: "ik zal schaden"). Dit gebied van de gezondheid werd belicht door wetenschappelijk onderzoek, maar wordt door de medische ideologie verdoezeld. De meeste praktijken in de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen zich echter op verwant terrein, voor zover zij de basisdynamiek van het placebo-effect delen: het belang van de therapeutische relatie en de context als zodanig, het belang van het kunnen toekennen van een betekenis - zelfs als die denkbeeldig is - aan wat ons overkomt, het belang van het actief kunnen deelnemen - via het ritueel van een bepaalde behandeling - aan wat de ziekte ons oplegt.

Uit het voorgaande volgt dat het willen indelen van de geestelijke gezondheidspraktijken volgens de beheersnormen van de technisch-organische geneeskunde, neerkomt op een kortwieken en een ontkennen van hun specificiteit. Bovendien is het willen opleggen, aan de psychologen, van de schending van een deontologische code die door de wet wordt beschermd - en waarvan het beroepsgeheim de hoeksteen is - politiek verkeerd en klinisch onverantwoord.

Daarom verzoek ik u, mijnheer de minister, de opmerkingen in deze brief niet licht op te vatten.

Bovenal verzoek ik u geen maatregelen te nemen op het gebied van de geestelijke gezondheid zonder de bij de wet van 2014 ingestelde Hoge Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorg te hebben ingesteld en geraadpleegd. In tegenstelling tot de corporatistische parodie die zich deze naam heeft toegeëigend, zou deze raad de diversiteit van de beroepsbeoefenaars op het terrein moeten samenbrengen: psychologen, psychiaters, huisartsen, pedagogen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, vertegenwoordigers van de universiteit, opvoeders, psychotherapeuten, wijkagenten, onderwijzers, criminologen, ... Hij zou ook een Raad voor psychotherapie moeten oprichten, belast met het nadenken over de specificiteit van de vorming in die materie, naarmate die niet kan worden herleid tot een specialiteit die voorbehouden is aan psychologen, noch tot een gespecialiseerde universitaire opleiding.

Tenslotte verzoek ik u, mijnheer de minister, de prerogatieven van de Psychologencommissie te eerbiedigen, de enige instantie die wettelijk bevoegd is om de deontologie van alle psychologen te controleren, en houders van een masterdiploma psychologie toe te staan de titel "psycholoog" te voeren, op basis van de eerbiediging van een deontologische code die binnen de beroepsgroep is opgesteld en door de wet wordt bekrachtigd.

U dankend voor uw aandacht, verblijf ik,

*Francis Martens*

Voorzitter APPPsy

# « Qui ne dit mot consent-il vraiment ? »

## Variations sur le dossier Psy

Pascale Gustin

*Intervention faite au Webinaire du 25 novembre 2021, organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale (LBFSM) et le Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM)*

**Voici le texte d'où j'ai extrait mon intervention** pour ce webinaire consacré au contenu du dossier patient « psy » informatisé (DPI). Face aux changements de perspective de travail des psychologues, c'est de la place de *psychiste* que je souhaite ici intervenir, cette référence renvoyant au mot utilisé par François Tosquelles pour rassembler en une catégorie unique les professionnels du « psy », de différentes formations de base. Si je choisis ce terme historiquement marqué, c'est qu'il a porté mon expérience de psychologue tout au long de ma pratique en santé mentale. Et qu'il me permet d'inscrire ma réflexion dans ce nécessaire questionnement permanent que nous essayons de soutenir collectivement, nous les « psys », quant à l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale dans leurs liens avec la société, via la transformation des dispositifs de soin. De façon évidente, l'émergence du DPI n'est qu'une facette des transformations actuelles de notre métier. Et celles-ci ne sont certainement pas qu'une affaire de réglementations et de procédures techniques. Derrière elles se devine le projet social et politique qui réforme le champ de la santé mentale. Sans pouvoir le déployer ici, car ce n'est pas l'objet de mon intervention, disons que nous voyons s'opérer un franc glissement vers un modèle libéral de « gestion » de la santé mentale, mouvement qui s'est clairement accentué à la faveur de la crise du covid. La para-médicalisation des psychologues, l'abandon de la notion d'équipe au profit de celle des réseaux, le financement par la Santé de multiples plateformes numérisées, la mise en place de professionnels conventionnés sur un modèle libéral et satellisés des structures ambulatoires existantes en sont les signaux. De même, nous assistons à une autre transformation, celle de la labellisation et de la reconnaissance des psychologues (et de leurs formateurs) par de nouvelles instances évaluatrices, sur base de critères de qualité qui semblent rompre avec des processus de transmission structurés autour de l'expérience des processus transférentiels.

**C'est dans ce contexte global de transformation** que je vous invite à explorer ce fameux dossier patient « psy » informatisé. À tous les étages, ce dossier numérique nous est présenté comme gage de qualité pour les soins, de gain de temps et d'efficacité dans les transmissions. Pas besoin de faire répéter le patient, pas besoin de le questionner, de prendre le temps de

laisser dire, ou de laisser mentir le patient... Le dossier est là, avant même que le patient parle... Ce dossier serait susceptible de dire l'essentiel de ce qui doit être su, d'un rendez-vous à un autre, d'un praticien à un autre, d'un établissement à un autre. Le jeu de la demande, l'ambivalence dans la demande, la diffraction des transferts ne semblent alors plus vraiment de mise. Et que dire du secret professionnel ? Cette orientation prise en matière de santé publique nous bouscule et nous inquiète. Alors, nous qui composons avec la complexité de la demande, nous qui connaissons la fragilité de la relation transférentielle et les conditions de sécurité nécessaire pour engager une parole subjective, eh bien... nous nous questionnons sur les effets engendrés par le DPI sur la qualité de la relation avec le patient, sur la liberté de son énonciation, voire la possibilité même de son appel à l'aide. C'est à ce propos que je souhaite intervenir, en commençant par une brève ouverture clinique.

### *Fenêtres sur la clinique quotidienne*

Georges me dit en séance : « Ce qu'il y a de fort ici, c'est le silence ». Et il ajoute : « **En réalité, il y a plusieurs silences. Le premier, c'est le secret professionnel. Cette absence de dire et de communication orale et écrite de votre part, qui me met à l'abri et qui me permet de parler, me confier en toute sécurité** ». Personnalité médiatique, il est atteint d'une maladie dont il souffre terriblement et qu'il ne veut, ne peut dévoiler. Il sait que je ne trahirai pas ce devoir de secret auquel je suis assignée et que je ne remplirai en aucun cas, comme il me l'a demandé, aucun document à l'intention de qui que ce soit. Il ne veut pas non plus demander d'intervention de la mutuelle car il sait que, d'une façon ou d'une autre, sa démarche serait connectée, ne serait-ce qu'administrativement, à son dossier. Dans mon bureau, il découvre la puissance de ce silence qui l'autorise à demander de l'aide en dévoilant ses préoccupations intimes. La Belgique est un si petit pays qu'il nous arrive de nous croiser « psy » et patients, parfois même dans des lieux improbables... Georges doit donc savoir que s'il me croise dans l'espace public et me salue, je lui rendrai bien entendu son salut. Mais qu'il est aussi en droit de me nier et qu'en aucun cas je ne ferai façon de le connaître aux yeux des autres. C'est l'une des choses que je dis en préambule de chaque première consultation. Ceci me fait penser à ce que j'ai lu de la fin de vie du professeur Axel Kahn qui s'était fait hospitaliser et soigner sous un pseudonyme afin de ne pas alerter la communauté thérapeutique et la société à propos de son état de santé. Son intention était d'œuvrer le plus longtemps possible pour la Ligue contre le cancer. Ainsi Axel Kahn avait exigé la discrétion totale sur sa santé, se faisant enregistrer à l'hôpital sous le joli nom de Mr Fleur B. Jonc. À l'heure du DPI, ceci serait-il possible pour nous et nos patients ? Serions-nous libres d'échapper en certaines situations à l'enregistrement de notre numéro d'identité nationale ? Plusieurs d'entre nous pensent que c'est une nécessité de préserver cette possibilité, véritable nécessité, véritable atout thérapeutique, notamment quand l'anonymat s'impose comme seule garantie rendant possible la consultation. Je me souviens avoir reçu en consultation un espion (un vrai !) qui adorait son métier. Mais qui, soudain, s'était trouvé complètement perdu dans les identités multiples imposées par son travail, lorsque sa compagne l'avait invité à devenir père pour la première fois. De quel lieu identitaire allait-il répondre à son enfant et s'engager dans la relation avec lui ? Lui aussi souhaitait consulter sous couvert d'anonymat. Alors que cette « affaire » identitaire le déboussolait, il ne pouvait « tester » qu'incognito la sécurité du lieu de consultation. Mais moi qui étais alors jeune clinicienne en Service de santé mentale, j'avais tenu à appliquer le cadre présumé du dossier « patient »... À vouloir remplir à tout prix ce



dossier (qui n'était pourtant à l'époque qu'un vulgaire encodage papier), j'ai perdu la confiance de cet homme qui s'est volatilisé à l'issue du premier rendez-vous. J'ai beaucoup regretté d'avoir agi de la sorte. Trente ans plus tard, je m'y prends autrement.

Georges poursuit : « **L'autre forme de silence, c'est le silence dans la séance. C'est ne pas savoir à l'avance de quoi il va être question : que je sache que vous ne savez pas de quoi il faut parler ou ce qu'il faut faire** ». Ni anamnèse, ni choses écrites d'avance. « C'est pouvoir venir et faire silence, ne pas avoir à répondre de suite à des questions. C'est qu'on termine, parfois sur un échange, parfois sur un silence ou sur un regard, sans devoir ajouter quelque chose d'ici la fois suivante, sans me dire qu'il me reste encore x séances possibles, puis *Time* qu'on doit s'arrêter parce qu'on est au bout du quota possible... Ici on a le temps, j'ai le temps, le temps qu'il me faudra ». Comme beaucoup d'autres personnes, Georges constate que cet accueil tranquille et non directif lui permet à son rythme et selon ses possibilités de penser, de sentir, d'éprouver, de se sentir vivant (ou mort) en soi... Et c'est, comme le disent les patients, faire l'expérience d'avoir comme une chambre à soi où pouvoir penser, rêver, pleurer, sentir, rager, colérer, avancer à son rythme... mais pas tout seul, en étant accompagné dans ce processus. Et Georges d'ajouter : « Si vous deviez me poser des questions ou noter quelque chose, si vous saviez déjà les choses sur moi à partir de mon dossier... Vous auriez déjà un diagnostic ? Cela voudrait dire que vous savez à l'avance et prévoyez la suite ? Oups, ce serait foutu, ça ferait en tout cas un fameux gap ! »

Notons en passant que cette qualité de silence dont parle Georges évoque la qualité de la présence du psy dans le moment **présent** de la séance. Pour moi, celle-ci implique la déconnexion des téléphones et des ordinateurs. L'absence de ces machines nous rend davantage présents à ce qui se passe et ce qui s'éprouve dans l'instant. J'y reviendrai plus tard, puisque, avec le DPI, ces machines connectées deviennent des partenaires nécessairement présents.

Le même jour, une autre patiente, Edwige me parle de son inquiétude à propos des secrets, si fragiles à l'ère du numérique. « **Secret numérique, vital** », me dit-elle. La garantie du « non écrit numérique » est pour elle « le » verrou indispensable pour problématiser avec un psy sa situation familiale délicate. Il lui faut un maximum **d'invisibilité**, tant elle craint de faire plus de mal que de bien en partageant son vécu et ses questions. Confrontée à des vécus de violence intra-familiale, elle s'acharne avec moi à dénouer les choses, les apaiser, à prendre position. Et ça évolue assez bien ! Mais à ce stade, il n'est pas question pour elle que son conjoint apprenne qu'elle consulte. Or c'est lui qui gère tous les accès internet, de mutuelle, de dossier santé avec les cartes d'identité de chaque membre de la famille. Or toute la famille a le même médecin traitant... La plus grande exigence de silence numérique accompagne donc légitimement sa demande de consultation. Afin d'avoir la garantie de la plus grande discrétion, et bien qu'elle n'ait pas le sou, Edwige a ainsi choisi de me consulter en cabinet libéral et à distance de son lieu de vie.

### ***Le secret professionnel, pilier indéfectible de notre fonction***

Ces trois fenêtres ouvertes sur la clinique quotidienne rappellent la fonction essentielle du secret professionnel. En appui sur notre code de déontologie, il est le **passage obligé** pour

engager une relation de confiance, où peut se mettre en jeu l'intime de l'intime, a fortiori quand il y a grande vulnérabilité et souffrance psychique. J'ai appris à garantir cette règle dès la première rencontre, dès la salle d'attente où je me présente toujours en disant mon nom mais sans jamais évoquer à la cantonade le nom des patients qui ont rendez-vous avec moi. Il en va de ma responsabilité clinique de baliser, dès cet instant, la possibilité d'un terrain où la confidentialité est préservée. Et de m'y tenir tranquillement et fermement. C'est un passage obligé. Lors de la rédaction de ce texte j'ai fait un intéressant lapsus écrit, écrivant passage « oublié », en place « d'obligé ». Ce lapsus révèle ma préoccupation de voir cette balise fondamentale ébranlée à l'ère du DPI. Pourtant, les décisions relatives au DPI que nous devons prendre, nous les psychologues, me semblent directement dépendre de cet engagement déontologique qui s'impose comme condition d'accès à l'engagement dans une relation de soin psychique. D'où la suite de ma façon d'introduire toute première rencontre. Avant que la personne dise ce qui l'amène, ses plaintes et demandes, je lui demande d'abord si elle sait qui je suis, où elle est, qui d'autre travaille là ? Je lui propose d'évoquer la représentation qu'elle se fait de la consultation d'un psy, ses éventuelles expériences antérieures et ce qu'il en reste comme traces. Je lui nomme mon assujettissement au secret professionnel auquel je consens pleinement ; si la personne peut tout raconter, moi pas ! Je ne peux me délier de ce secret et je lui dis cela avant qu'elle se confie.

Dans la foulée de ce balisage de la confidentialité, il nous faut ensuite parler ensemble de son dossier patient. Qu'est-ce qui est imposé et à qui, à nous ? au patient ? Quelle est son utilité ? Quelles sont les informations à encoder ? Comment les personnes se situent-elles par rapport à cela ? Quelles sont leurs questions ? Et si c'est pour leur enfant ? Leur bébé ? Quelque chose pourrait-il être échangé ? Quoi, avec qui, sous quelle forme ? Je parle de mes notes personnelles et des autres éléments que je suis tenue de recueillir. Nous avons un échange ouvert sur cela et bien entendu sur leur consentement (pour quelles données et quel usage). Mais ceci se fait au cas par cas, de façon évolutive. Pour beaucoup, cela ne se précise certainement pas à la première rencontre. Car nous devons nous adapter aux possibilités de chacun, tenant compte de composantes importantes qui interviennent dans ce que nous appelons le transfert. Cela dépend de la possibilité pour chaque patient, chaque personne, d'investir et être investi par le thérapeute, d'éprouver la contenance du lieu, sa sécurité, sa continuité, sa prévisibilité. Si la relation soignante peut très vite se déployer, elle peut également prendre un certain temps, voire un temps certain, des mois parfois. Ceci est fonction des expériences de vie que chacun de nous a eu, et où l'autre s'est montré plus ou moins fiable, plus ou moins empathique, plus ou moins respectueux et adéquat. Ceci est aussi fonction des expériences de vie que chacun a eu dans son rapport aux institutions, aux administrations, aux représentants de l'autorité, aux autres soignants. Et des rapports et autres écrits qui ont déjà été rédigés par le passé à leur propos « sur eux » et de la considération (ou pas) qui leur a été témoignée à cette occasion. Fonction de toutes ces expériences antérieures, il est des personnes pour qui ce rapport au dossier s'avère dès lors annihilant, angoissant, à tout le moins inquiétant. Il peut aussi empêcher de formuler une demande d'aide ou de soin psychique.

Au-delà des données objectives et techniques qu'on nous demande d'inscrire dans le dossier, l'échange porte aussi, au fil du temps, sur d'autres éléments du dossier "papier" : mes notes de leurs rêves, des dessins et des modelages (qu'il concerne des enfants et des adultes) et autres écrits qui sont des traces de leur travail thérapeutique. À qui appartiennent ces traces

? Appartiennent-elles au dossier ou pas ? Au thérapeute ou au patient ? Je leur parle de l'obligation de les conserver, mais leur demande ce qu'ils en pensent et qu'ils n'hésitent pas à m'en parler si ceci devait les préoccuper. En libéral, je leur explique où va « matériellement » leur dossier et ce qu'il en adviendrait si je venais à ne plus être là. L'expérience, hélas répétée par deux fois, du décès d'un psychothérapeute qui m'était proche m'a amenée à être au premier rang pour recevoir l'immense détresse de patients laissés, porte close, du fait du décès inopiné de leur psy en libéral. Que faire des notes et carnets de rendez-vous contenant tant de données sensibles et intimes en ce cas ? Depuis lors, j'informe mes patients du dispositif prévu dans ce cas ; une personne de confiance, psy elle-même, s'est engagée à répondre aux appels et à détruire les dossiers papiers. Sur base de l'expérience que j'ai vécue, j'aimerais que cela se produise ainsi si je devais être pareillement concernée. Il va de soi que c'est différent si le psychologue travaille au sein d'une équipe car c'est alors l'institution qui est responsable de prendre soin de la continuité des soins.

Au Service de santé mentale, les données d'identification sont encodées au format papier et numérique. Et les dossiers papiers sont archivés par le centre. S'il m'appartient de savoir ce que je mets dans le dossier, l'archivage, lui, ne m'appartient pas et il est clair qu'il débordera la durée de ma vie propre puisqu'il doit être garanti 30 ans, voire 50 ans. Le SSM étant (encore) une structure de soin ambulatoire collective où le transfert sur le lieu de l'équipe reste fort, je sais que, quoi qu'il arrive, les collègues prendront le relais avec soin, dans l'esprit de la continuité de soin qui anime leur éthique collective de travail. J'en profite pour rappeler combien cette notion **d'équipe** me semble très différente de celle du **Réseau**, tant en vogue dans les réformes actuelles. Cela mériterait tout un autre webinaire. Dans tous les textes officiels que j'ai lu concernant les réformes en cours, je regrette tant qu'on ne parle quasi plus d'équipe. C'est comme si cet héritage de la psychiatre de secteur et de la psychiatrie institutionnelle était en voie de disparition, manifestement poussé au dehors, alors qu'il continue quotidiennement de révéler sa fécondité et sa nécessité.

### *À qui appartient le dossier ? Les différents éléments du dossier ?*

Quoi qu'il en soit, ces réflexions m'appellent à réfléchir avec vous à la question à laquelle les intervenants précédents de ce webinaire ont répondu sur le plan juridique. Mais, cette fois, sur le plan clinique : «À qui appartiennent ces différents éléments du dossier ?» Et effectivement, il y a différents types d'éléments de données.

D'abord, il y a des prescrits légaux qui obligent les psychologues à encoder des **éléments de base du dossier**, ces données sensibles que je tente de compléter selon les possibilités de la rencontre tenant compte de l'adéquation clinique du moment ; nom, prénom, date de naissance, nationalité, langue, adresse, état civil, profession, mutuelle, moyen de contact, motif de la première demande, problème tel que formulé, envoyeur éventuel ou parcours pour arriver jusqu'à moi, médecin traitant, personne ressource, pédiatre, noms et coordonnées des 2 parents s'il s'agit d'un bébé ou enfant – du tuteur, SAJ éventuel, sage-femme - gynéco - lieu d'accouchement, date de terme, de naissance ou d'accouchement s'il s'agit de périnatalité, etc. Cette étape s'avère déjà problématique sur le plan du traitement des données sensibles du fait que ces données impliquent souvent des « tiers » qui ne peuvent pourtant être cités et que les données sensibles sont réputées devoir être protégées.

De telles données d'identification sont bien différentes d'un second type de matériel que j'appellerai les **données de matériel de travail**. Ici, il s'agit de nos notes prises en séance, fragments d'échanges, transcription de rêves/lapsus etc. Dont nous considérons souvent qu'elles nous appartiennent et sont confidentielles, en tant que support de notre pensée clinique dans le processus du soin.

Puis, il y a encore un troisième niveau de données recueillies. C'est le **matériel déposé par le patient lui-même quand il « utilise » son dossier comme support de traces, mémoire transformative au fil du processus thérapeutique**. Laisser ce genre de traces dans un dossier ne signifie pas qu'il rend cette trace accessible à d'autres que son thérapeute, ni qu'il consent à les partager. Au contraire ! Puisque l'enjeu est alors ici pour la personne en consultation de permettre à son expérience propre de s'inscrire et de prendre sens. Prenons l'exemple de Mizuko, ce groupe de parole pour les parents en deuil périnatal que je co-anime et qui existe depuis 15 ans. Depuis son début, des notes sont prises à chaque séance dans des cahiers dédiés au groupe qui sont devenus la mémoire du groupe. « Notez-le, me dit Nadir un papa endeuillé, notez qu'on a vu et porté notre fils ! C'est important pour attester de notre vécu, de la réalité de notre bébé mort *in utero*, que ce n'est pas juste un rêve. » Ainsi la réalité de cet enfant mort à 19 semaines de grossesse et qui n'aura été présenté qu'à ses seuls parents pourra s'inscrire ici, dans la mémoire du groupe, soutenue par la trace d'existence de tous les autres bébés dont les parents, eux aussi, ont traversé le deuil avec l'aide du groupe de parole. Et Nadir de dire au groupe quelques mois plus tard : « Un jour, quand la douleur sera moins vive et la vie aura été de l'avant et que ce bébé sera rendu dans notre mémoire à sa place, on pourra lâcher un peu la douleur. On n'aura plus besoin de garder sa trace sur nous chaque jour parce qu'elle sera restée écrite ici dans le groupe ». Son souvenir vivant partagé restera à Mizuko, avec le vécu des autres parents en deuil périnatal et cela leur permet de vivre. Ceci est un exemple pour indiquer qu'il existe des traces dans des dossiers qui sont ainsi des « dépôts », des sédiments d'existence permettant de poursuivre la vie.

Je pense à un autre exemple, celui d'Anita. Cette jeune femme était revenue dix ans après la fin de sa thérapie d'enfant pour me demander à revoir le dessin d'un de ses rêves, partagé avec moi alors qu'elle devait avoir 8 ans. Heureusement, j'avais préservé ce dessin dans son dossier « privé ». Il était resté, ainsi que son rêve d'ailleurs, aussi vibrant dans sa mémoire que dans la mienne. À l'aube de sa vie adulte, elle avait voulu le retrouver pour l'interpréter par elle-même, clôturant ainsi le parcours initié avec moi dans l'enfance à propos de l'adversité de ses origines.

Ce que je veux ici partager avec vous, c'est combien il est difficile de dissocier le contenu du dossier, de sa forme et de sa finalité dans le dispositif de soin tel que nous avons encore la liberté de le concevoir, c'est-à-dire en tenant compte des aspects transférentiels dans le processus thérapeutique. À présent, qu'est-ce que cela va devenir ? Ces traces, où vont-elles pouvoir être préservées à l'abri du regard de tiers ? A l'ère d'une réforme dans la façon de penser le soin psychique et les dispositifs, à l'ère de la numérisation, le terrain est plein d'inconnues. Il est source d'inquiétude quant à la garantie de préserver la confidentialité au cœur du soin psychique. Et cela a un impact sur la tranquillité qui nous est si nécessaire pour pouvoir nous engager cliniquement. Aujourd'hui, nous avons urgemment besoin de savoir de quoi sera fait demain afin de nous y préparer, de nous y ajuster (ou pas), à tout le moins

d'anticiper les choses pour prendre soin de nos patients et de la relation avec eux et conserver un pouvoir réflexif sur nos actions.

### **Concrètement, que sera le dossier demain ?**

Certains d'entre nous ont eu l'occasion d'entrevoir plus concrètement le projet de DPI dans un groupe de travail portant sur son contenu, groupe auquel nous avons participé avec des représentants de la Compsy et de l'Inami durant cette année 2021, au titre de représentants « de l'ensemble des psychologues ». Je dois vous dire que la perspective concrète de ce DPI nous a fait froid dans le dos. Pour ma part, je ne sais trop comment il me sera possible de travailler avec cela. Je n'ai pas pu me résoudre à rentrer dans la logique de ses concepteurs, faite de *care sets* et *value sets* ; ni pour en valider la pertinence, ni pour intervenir sur les contenus et formes tels qu'ils nous ont été présentés. Le format de ce dossier (forme et contenu) laisse entrevoir une façon si étroite de considérer le soin : au format d'actes, à court terme, dans une optique d'efficacité, de règlement des symptômes. Le caractère éminemment subjectif et évolutif de la demande semble devoir y être « contracté » et simplifié, de façon à rentrer dans des cases prédéterminées, davantage ajustées à un modèle médical, où la prise en charge est référée par secteur de « problématiques » listées ou référencées à la psychopathologie.

Malgré tous les efforts consentis durant plusieurs mois à l'occasion de ce groupe de travail, un tel projet de DPI ne rentre décidément pas dans ma conception du soin psychique. Il ne rencontre pas le sens du travail que je conduis avec mes patients et collègues depuis maintenant 38 ans. Je ne vois pas comment je vais pouvoir utiliser un tel outil dans mes lieux de pratique, que ce soit en cabinet libéral ou au sein d'équipes de santé mentale en psychiatrie ambulatoire. C'est que ce DPI, avec ces grilles, cases et items à cocher, m'apparaît réductionniste en regard de la complexité humaine que nous rencontrons avec les hommes, femmes, familles, les enfants et les bébés qui nous consultent. Ceux qui nous consultent arrivent via tant de chemins différents : parfois via internet, parfois via le médecin traitant, un professionnel ou médecin spécialiste, des amis et quasi jamais avec une prescription. Ce n'est pas du tout protocolisé comme on semble l'attendre dans les nouveaux trajets de soin. Et c'est bien ainsi. L'expérience clinique atteste combien ces « transferts du transfert » produisent un effet de demande et de rencontre qui rend le travail psy bien plus fécond. Le psychologue peut travailler davantage en finesse, sur mesure pour prendre l'exemple de la haute couture à l'instar du prêt à porter. Donc première considération : je ne parviens pas à faire rentrer toute cette complexité et subjectivité humaine, au cas par cas de ma démarche clinique, dans les cases préformatées du projet de DPI sous la forme qui nous en a été donnée à voir.

Il y a une seconde remarque sur laquelle je tiens à revenir. C'est que les mots "équipe" - "transfert" - "continuité de soin" - "devoir de confidentialité" - "confiance" - "subjectivité" semblent devenus évanescents des textes et discussions. Et s'il est beaucoup question de rendre les soins de première ligne accessibles à la population "la plus vulnérable" en lui facilitant l'accès financier au soin et le passage d'information dans le réseau, rien ne définit cependant cette vulnérabilité, si ce n'est son degré puisque que les problématiques auxquelles s'adressent ces dispositifs sont définies comme « moyennes à modérées ». N'est-



ce pas antinomique ? Rien n'est dit des personnes en grande souffrance psychique que nous accompagnons majoritairement sur des temporalités bien plus longues et en appui sur des constellations transférentielles d'équipe. Pour ces situations de vie et de souffrance complexe, l'analyse de la demande ne peut se boucler en un seul entretien. Et la confiance dans le clinicien ne se gagne pas en 50 minutes, d'autant plus que les vécus antérieurs sont faits de déliaison, de trauma, de discontinuité, de violence et d'empêchement à penser ou à entrer en lien. Et quid encore de prise en considération de la complexité humaine quand la situation ne concerne pas 1 seul patient (sur le modèle de 1 personne = 1 dossier) mais plusieurs personnes (couple, famille, enfant) et cela dans des géométries variables de prise en charge, parfois individuelle, parfois conjointe, parfois en binôme de professionnels de différentes disciplines ? A-t-on pensé au casse-tête pour mettre en place un DPI commun dans des équipes où plusieurs professionnels (psychologue, médecin psychiatre, assistant social, juriste, logopède, psychomotricien) sont en charge d'un même « dossier », tandis qu'ils ne sont pas tous assujettis aux mêmes obligations et codes de déontologie ? Comment le DPI peut-il rendre compte de ces dispositifs intégrés de soin d'équipe qui balisent très souvent, et si justement, la prise en charge ambulatoire ?

Il y a une troisième chose. La forme d'un dossier est importante en ce qu'elle tend inévitablement à organiser la réalité humaine qu'elle est chargée de partager. La forme du DPI comporte alors le risque de « protocoler » les demandes de soin pour les faire rentrer dans des cases pré-formatées ; ce qui revient en ce cas à les médicaliser en les rapportant à une pathologie et/ou symptomatologie. On voit que ce projet de DPI pousse à mettre la pensée clinique du psy dans un tel sens. Et à évaluer normativement l'évolution du parcours de soin en termes de guérison ou pas ; en « normal » - « anormal » - « critique » selon les termes utilisés dans des cases à cocher du DPI qui nous a été présenté. Or nous résistons justement à formuler les choses de la sorte, cela même quand nos repères diagnostics sont bien présents car nous mettons ceux-ci, avant tout, au service du maniement clinique et de la relation transférentielle. Prenons encore l'exemple du deuil périnatal. Aux parents qui ont perdu un bébé, on propose une série de choses à faire que les équipes « cochent » dans un protocole de soin. Mais certaines de ces étapes sont alors parfois si éloignées de la réalité des parents et des multiples voies que prennent leur souffrance et leur recherche d'aide. Il est alors très réducteur, nous disent les patients, de référer leur vécu et leur accès à une aide du côté d'un protocole standardisé. « Alors, une mort d'enfant, c'est combien de jours de deuil, combien de séances chez le psy, combien de semaines, en individuel et en groupe ? » De quoi un parent a-t-il besoin pour être rendu à la vie quand il est en deuil d'un enfant ? Où est-ce que cela reste « normal » ? Et où cela devient-il « anormal », pathologique, comme proposé dans les cases à cocher ? Et aux yeux de qui ? Avec quels effets en matière de poursuite de droit au soin, de remboursement, quel risque de connexion avec des questionnaires d'assurances ? Et comment vivre humainement les étapes du deuil si celles-ci sont soumises au principe de l'évaluation par un tiers extérieur ?

C'est sur toutes ces considérations que j'ai marqué mon désaccord à l'égard du projet apparemment déjà bien ficelé de DPI tel qu'il nous a été présenté. Et je me dis que les collègues sont loin d'imaginer à quoi il ressemble concrètement ainsi que le renversement des pratiques qui risque de l'accompagner. À l'occasion de ces réunions, il m'est peu à peu apparu combien ces nouvelles mesures semblaient aussi liées au projet de remboursement des pys de première ligne et à la refonte du système de soin en santé mentale, ainsi qu'à la mise sur

ped des agréments des psys maître de stage et des lieux de stage. L'écrit dans le dossier informatique partagé est supposé faire gagner un temps précieux dans la mise en œuvre du soin et son passage éventuel de l'un à l'autre praticien. Pas besoin de se répéter, on peut ouvrir le dossier à l'arrivée du patient et y voir, y lire ce qu'il a déjà fait, de quoi il souffre, qui il a déjà rencontré, qui sont ses partenaires de soin ressource etc... On est certain qu'il ne ment pas, ne cache rien, n'oublie rien.

On voit combien c'est tout l'inverse de ce que demande Georges dans la première partie de mon exposé. Vous l'aurez compris, une telle démarche est en tout point contraire à celle qui fonde de longue date nos pratiques et positionnements cliniques. C'est que le principe même de la confidentialité décrite plus haut est bien mis à mal.

### ***Le numérique, un nouveau partenaire inévitable dont il faut parler***

Mes brèves vignettes cliniques montrent les écrans comme ***empêcheurs ou contrarieurs de rencontre***. Et que dire de Jeanne, cette femme qui fait le tour de mon bureau pour vérifier qu'aucune machine n'y est, ni présente, ni branchée, tant son angoisse d'être mise sur écoute la taraude... Quid du DPI pour elle ? Si je devais lui demander sa carte d'identité pour la passer dans le lecteur et qu'un ordinateur était allumé en séance, on imagine la catastrophe. Il est probable qu'elle ne viendrait plus car cela aurait contribué à faire flamber son angoisse. Alors qu'il fallait avant tout que je sécurise l'espace pour que s'apaisent ses pensées qu'elle qualifie elle-même de paranoïaques et que nous puissions alors travailler ensemble plus tranquillement. Jamais mon ordinateur ni mon téléphone ne sont allumés. C'est selon moi un préalable indispensable à la rencontre.

C'est aussi toujours le cas en clinique du bébé, avec le tout petit. Il faut être présent à l'événement de la rencontre, ceci dès le bonjour et jusqu'à l'au-revoir. Il faut travailler avec ce qui vient sans idée pré-conçue. Le ronronnement de la machine, l'attractivité de l'écran, la pause relationnelle induite par la prise de notes sur clavier sont des perturbateurs dans la rencontre thérapeutique avec le bébé et ses parents. Comment faire si l'ordinateur tourne et qu'il faut d'abord encoder la carte d'identité, si on a des cases à remplir, un mot à écrire à la fin ? En clinique du tout-petit, les débuts et les fins de séance requièrent toute notre attention car ce sont des passages qui mettent en jeu les angoisses liées au lien et à la séparation.

Puis, il y a le ***temps de cet encodage administratif***. Comment évaluer le temps pris par ce DPI ? Fait-il partie de la séance ? Est-il du temps pris sur le temps accordé au patient ? Est-il facturé ? J'ai travaillé 25 ans en milieu hospitalier en maternité, néonatalogie et grossesse à risque ainsi que PMA. J'y ai assisté progressivement à la dégradation de la présence du nursing, du fait de la charge administrative croissante. En maternité, les sages-femmes le confient ; ce travail d'encodage s'est fait au détriment de la qualité de la présence auprès des patientes, des bébés et des collègues. Cela a eu un effet négatif sur la qualité de l'accompagnement néonatal. Plus le soignant passe du temps devant l'ordinateur, moins il est auprès du patient. Cela risque bien d'arriver au psychothérapeute. Combien de temps cela va-t-il prendre de réfléchir à la note à laisser dans le dossier, puis à l'écrire ? Si on ne veut pas boycotter cette étape, si on ne

veut pas écrire une note bidon, cela risque d'être chronophage et de venir amputer le temps de rencontre clinique.

Et plus prosaïquement qu'en est-il de **l'équipement informatique** ? Dans des centres : ordinateur privé ou partagé ? En privé, l'équipement est-il strictement professionnel ou partagé avec les membres du ménage ? Qui en supportera les coûts ? Quels risques cela comporte-t-il d'effacement des frontières du privé et du professionnel ? Et pour le secret des données cliniques ?

Évidemment s'ouvre aussi un nouveau rapport **aux traces, à la durée et à leur sécurisation compte tenu des risques de violation**. Ici encore le contenu ne peut être dissocié du contexte social et du risque de violation des données. On a beau nous parler de coffre-fort numérique, je ne peux m'empêcher de savoir qu'un coffre-fort, eh bien, ça se craque ! Un père informaticien avait questionné cela, bien avant ce projet de DPI. Avant de me confier le traitement de son fils, il avait voulu s'assurer qu'aucune donnée ne serait stockée sur un ordinateur ou dans un *cloud*. Il voulait garantir à son enfant le secret de la consultation et le droit à l'oubli numérique, pour ne pas que ces données risquent de lui être un jour préjudiciables. Sans cette certitude, il irait voir un autre psy.

### **Qui ne dit mot consent-il vraiment ?**

Vous voyez, cette affaire du contenu du dossier patient n'est pas qu'une affaire technique. Elle ramène les questions délicates que nous posent la législation de ces nouveaux dispositifs (au sens du philosophe Giorgio Agamben) quant au mandat social prescrit que les psychologues cliniciens /psychothérapeutes consentent à endosser dans leurs cabinets, dans les institutions mais aussi dans les nouveaux mandats de psys de première ligne. Si j'ai choisi ce titre, **c'est parce que cette affaire délicate du consentement** vaut autant pour les patients que pour les cliniciens. Il me semble indispensable de questionner la soumission des psys à l'égard de ces nouveaux dispositifs qui s'imposent à eux ainsi qu'à l'égard de ce que les politiques veulent d'eux.

Comme les patients qui se voient soumis à un dossier numérisé (et partageable) qui « les » parle, sommes-nous assignés, nous aussi, à nous laisser définir dans notre responsabilité clinique par les autres et à nous y soumettre ?

Une chose étonnante pour moi a été de lire que dans ces textes de réforme qu'il y était question de "SSM", sans que j'y reconnaisse nos SSM. Mais s'agissait-il bien de nos Services de Santé Mentale ? Eh bien non ! En fait, il s'agit d'un terme utilisé à présent pour parler des nouveaux réseaux de santé mentale. Mais pourquoi utiliser ce vocable bien rodé depuis tant d'années pour désigner les Services de Santé Mentale ? Si cela crée ainsi déjà bien de la confusion en nous et entre professionnels, qu'en sera-t-il pour les patients ? À moins que ceci signe l'éviction des SSM de la pensée des décideurs ? Que deviennent donc nos SSM dans cette réforme ? J'ai vraiment été étonnée de cet emprunt d'appellation. Lorsqu'une asbl dépose son nom au Moniteur ou quand on dépose un nom de domaine sur la Toile, ce nom

n'est-il pas protégé ? Pourquoi alors le vocable SSM est-il utilisé dans les textes pour signifier une toute autre organisation du soin psychique que celle de nos équipes ? Par la suite, j'ai été interpellée par notre silence et par celui des SSM et de nos associations professionnelles qui ont laissé un tel glissement d'appellation se faire, sans bruit et sans mot dire.

Pourtant, les mots qui disent les choses créent aussi les choses. Un tel changement de lexique signe sans doute un changement de paradigme. N'en dire mot, n'est-ce pas y consentir de facto ? Comme c'est le cas lorsque nous consultons à l'hôpital et que d'emblée le consentement au partage de données semble acquis, même sans qu'on nous en dise un mot et sans qu'on recueille explicitement notre consentement.

Ne pas consentir et l'affirmer par écrit, cela signifie-t-il sortir du cadre, au risque d'en être éjecté ? Si l'on s'inscrit comme psy de 1ère ligne, doit-on se résoudre à consentir ? Ou refuser de faire l'objet de contraintes masquées ? Comment alors, et de quelle façon intelligente, ne pas consentir si notre responsabilité clinique nous y pousse ? Comment investir ce dossier médical porté par l'intelligence de notre positionnement éthique déontologique, de notre engagement transférentiel et de notre longue expertise clinique et psychothérapeutique ?

Y aura-t-il pour nous en ambulatoire une nouvelle façon de modéliser la première rencontre avec la personne, en abordant d'emblée la question du dossier, du numérique, du consentement au dispositif, de la continuité de soin avec le patient, du gain financier et du prix à payer en termes de confidentialité ? Et quid si on refuse ? La culture du consentement est récente. Et il y a beaucoup d'inquiétude et d'incertitude au travers des questions amenées à ce webinaire, beaucoup de craintes de voir se déployer un soin psychique à plusieurs vitesses. À cet endroit, le rappel de la COMPSY dans l'une de ses dernières newsletters m'a semblé bienvenu quand il y est rappelé « qu'il ressort de la responsabilité individuelle du psychologue à respecter ses obligations déontologiques et à ne pouvoir tolérer aucune pression de la part du réseau auquel il appartient ou de son employeur ».

### *Quatre pistes pour agir*

Pour ouvrir des perspectives face à ce chantier dont nous réalisons la gravité, je vous propose quatre pistes de lieux à investir de toute urgence :

1/ Il me semble essentiel de conserver « **notre intelligence collective** ». Pour cela, il faut maintenir des espaces d'élaboration, de discussions cliniques entre cliniciens des différentes générations. Chaque génération de psy a connu des contextes socio-politiques différents et a été marquée par des épistémologies particulières (en prise avec l'esprit du temps et les transformations sociétales du moment). Cela me semble essentiel d'articuler les vieux routards aux jeunes, notamment ceux qui acceptent de s'engager dans les mandats de première ligne en libéral. Ils sont souvent seuls, sans équipe. Il me semble essentiel de préserver des zones d'échanges, de faire en sorte qu'elles existent **en dehors des instances évaluatives qui conventionnent, agrément ou sanctionnent les uns et les autres**. Il en va de la possibilité de continuer d'exercer sa pensée clinique sans trop de pression normative. Nous savons que de tout temps les psys, s'ils œuvrent à promouvoir et à rétablir la santé, sont aussi des agents de normatation et de contrôle social. Et nous savons aussi que les pathologies

individuelles sont en lien avec les contingences culturelles - socio-économiques et tout ce qui fait la qualité de l'environnement et du vivre ensemble. Il faut garder une réflexion possible là-dessus, en s'appuyant sur le fait que les différentes générations de pys ont une expérience différenciée du vivre ensemble et de toutes ces questions qui y entrent en jeu (respect/secret/continuité/temporalité psychique, rapport aux images, au numérique...). Mailler l'expérience des différentes générations, c'est mailler des générations d'expérience.

2/ Cette intelligence collective nécessite d'investir un autre lieu, là où un retour peut se faire vers la sphère politique : pour dire les effets des dispositifs sur les patients, mesurer les enjeux cliniques et inciter les politiques à revoir les choses. L'appui sur les **associations professionnelles est ici quasi le seul recours pour faire entendre cette intelligence clinique**. C'est le cas en ce qui concerne la formulation des craintes sur le DPI dans la forme qu'on lui connaît actuellement. Il faut alors passer par les rouages légaux et juridiques pour se faire entendre.

3/ Et puis, il y a **le vécu des patients**. Quel impact ont eu sur eux les annonces médiatiques de cet été 2021 à propos du remboursement des consultations chez les psychologues ? Il semble que l'information a été si parcellaire, répondant davantage à des effets d'annonce. Ainsi, les informations relatives aux détails de la procédure d'accessibilité à ces consultations et aux conditions de leur prise en charge financière, dont la présence du DPI, n'ont pas été précisées à la population. Qu'en pensent les patients lorsqu'ils sont correctement informés ? J'ai osé en parler avec plusieurs d'entre eux. Leurs réflexions sont si intéressantes à prendre en considération, autant que le sont celles de Georges, Edwige, Nadir, Nadia et Jeanne... Et vous, avez-vous consulté vos patients ?

4/ Enfin, il y a ce **fameux DPI lui-même qu'il nous faudrait pouvoir consulter vraiment**. Pour anticiper sa mise en œuvre sur le fond et sur la forme, être équipé, ne pas être (trop) surpris par sa mise en œuvre et que celle-ci ne nous fasse pas perdre la qualité de notre présence clinique.

### ***Et quelques garde-fous à obtenir de toute urgence***

Les collègues psychologues du groupe d'experts sollicités à examiner le projet de DPI ont pour la plupart explicitement et nominativement exprimé leur désaccord avec le projet de DPI présenté.

Suite à quoi, nous avons émis quelques idées concernant le DPI et son accès, quelques garde-fous qu'il nous semblait important d'obtenir de toute urgence.

Les voici :

- Si DPI psy il doit y avoir, alors pourquoi pas un DPI psy pour tous ; chacun aurait un dossier psy, afin de ne pas stigmatiser ceux qui en ont un. Ceci m'évoque mon travail en néonatalogie ou en PMA dans les années 1990 : chaque petit patient de néonatalogie et ses parents voyaient un psy, sinon aucun. Même chose pour les personnes en parcours de Procréation médicalement assistée. La présence

systematique d'un dossier « psy » dans le dossier médical évite alors le risque de stigmatisation, toujours lourde de conséquences pour les patients dans ces services hospitaliers, lorsque seulement certains d'entre eux sont qualifiés de « patient psy », avec les effets d'attente prédictive des soignants vis-à-vis de ceux-ci. Avantage en sus, s'il y a un dossier psy systématique, le psy ne doit pas rentrer les données NISS, puisqu'elles y sont déjà.

- S'assurer que le dossier soit verrouillé, avec des passages de portes et d'alerte où le patient est lui-même informé de qui consulte son dossier. J'ai fait ici un second et fameux lapsus... En disant « que le patient est lui-même informatisé », au lieu de dire « informé » ! Peut-il lui-même consulter tout son dossier et recevoir une alerte si quelqu'un le consulte ? Cela supposerait l'existence de règles d'accès très strictes dont le patient garde la maîtrise. Mais qui est le propriétaire du dossier psy ? L'expérience actuelle de nos propres dossiers médicaux personnels atteste hélas de la difficulté à mettre cela en jeu.
- Définir une partie de données essentielles nécessaires pour le remboursement si besoin.
- Définir une partie de données confidentielles, non mises en réseau, non accessibles sauf autorisation expresse du patient.
- Prévoir qu'un patient puisse consulter des psys différents sans que l'information circule entre eux via le dossier numérisé (cf. thérapie individuelle, de couple, famille). La démarche de clivage des données (ou de séparation sans que cela relève du clivage), même pour une même profession, peut s'avérer intéressante, voire nécessaire pour le patient.
- Quid pour les équipes pluridisciplinaires (transfert sur le lieu et différents professionnels) ? Quid si les professionnels relèvent de différents prescrits professionnels et codes de déontologie ?
- Quid de la complexité humaine quand les problématiques ou les prises en charge familiales ne peuvent se trouver réduites à faire entrer des contenus dans des dossiers individuels où des cases sont à remplir ? 1 dossier = 1 personne...
- À demander !!! Nécessité d'une case permettant de recueillir le « non consentement strict ». Sur quelle case concrète du dossier pouvoir s'appuyer pour garantir le droit au silence total si celui-ci s'avère vital ? Existe-t-elle une possibilité d'anonymat, qui garantisse en ce cas un accès financier au soin ?
- À demander !!! Qu'on inscrive dans le DPI le droit à l'oubli. Il ne faudrait pas que des bébés ou de jeunes enfants ayant consulté le psy pour dépression, anorexie du nouveau-né, trouble du développement, troubles du lien etc. se retrouvent épinglés, des années plus tard, avec ces antécédants psys et que cela ait un impact sur leur possibilité par exemple de souscrire une assurance, d'avoir un emploi ou autre chose qui s'avèrerait discriminatoire de quelque façon.



Au long de ce travail, nous avons tenté de montrer combien, en psychothérapie, nous travaillons avec l'identité narrative qui parle et compose avec les « écarts d'identité ». Notre identité subjective ne se réduit pas et ne se calque pas toujours sur l'identité de genre, sur le statut civil... C'est toute la différence entre identité narrative et assignation identitaire. Nous avons tenté de faire valoir que la subjectivité d'un sujet, son rapport à la maladie et à la santé, son rapport dynamique au symptôme ne peuvent être figés dans un relevé d'items, une fois pour toutes. Et que chacun devrait pouvoir avoir droit à l'oubli en la matière, si la vie va ainsi de l'avant pour lui-même. Comment se résoudre à conserver en l'état de telles données dans un dossier numérique, 30 ans de suite ? Comment se sentir en sécurité avec ce stockage de données sensibles, quand leur sauvegarde ne peut qu'échapper à la responsabilité clinique du psychologue qui les y a consignées ? C'est pourquoi chacun qui consulte un psychologue sur base volontaire devrait pouvoir être invité, explicitement, à se situer sur ces différents enjeux sous-jacents à l'existence du dossier psy informatisé. Le psychologue devrait pouvoir donner à chacun les moyens d'être en mesure de donner explicitement son consentement, ou non, au stockage, voire au partage, des données le concernant. Mais ne devrait-il pas aussi pouvoir permettre à la personne de continuer de le consulter dans la plus grande discrétion, celle-ci allant jusqu'à la possibilité de ne pas consentir au dossier psy numérique ou même de faire usage d'un droit de *delete* les données le concernant, voire d'effacer toute trace administrative de son passage chez le psy ?

*Pascale Gustin, janvier 2022, pascalegustin@yahoo.fr*

Webinaire enregistré accessible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=xxBr4pJVnzg>



**ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE INFO@APPPSY.BE**

# Lettre au Ministre de la santé

par Geneniève Monnoye

Bruxelles, le 11 avril 2022

À l'attention de Monsieur Frank Vandebroucke  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales

En copie :

- Monsieur David Clarinval  
Ministre des classes moyennes

- Monsieur Joris Lagrou  
Président de la Commission des psychologues

Monsieur le Ministre,

Plusieurs associations professionnelles de psychologues cliniciens ont tenté de vous alerter, sans succès. L'entretien que vous avez donné au journal « Le Soir »<sup>1</sup> nous inquiète : la différence de paradigme entre santé somatique et soin psychique semble vous être totalement étrangère.

Rappelez-vous, d'autres organismes et associations se sont efforcés d'attirer l'attention du SPF santé : l'Autorité de Protection des données<sup>2</sup>, le Conseil Supérieur de la Santé<sup>3</sup>, le Conseil Supérieur des Indépendants (CSIPME)<sup>4</sup>. Vous n'avez peut-être pas eu connaissance des conclusions du Groupe de Travail initié par la Commission des psychologues (Compsy) en

---

<sup>1</sup> VANDENBROUCKE Fr. ministre de la Santé. Interview donné au journal Le Soir, le 15 mai 2021

<sup>2</sup> Autorité de Protection des Données. (APD) Recommandations concernant la loi *relative à la qualité de la pratique des soins de santé*.

- Avis 100/2018 – 2/13

- Avis DOS- 2019-04611

- Avis n° 122/2021 du 8 juillet 2021

<sup>3</sup> Conseil Supérieur de la Santé (CSS) DSM (5) : *Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale*. Juin 2019. CSS n° 9360.

<sup>4</sup> Conseil Supérieur des Indépendants et PME (CSIPME) « *Avis sur le Dossier Patient Informatisé et l'échange de données de santé* » 20 juillet 2021.

partenariat avec l'INAMI<sup>5</sup> mais vous connaissez les ordonnances juridiques récemment redéployées notamment par Monsieur Nouwynck<sup>6</sup>, Procureur général honoraire, lors des webinaires organisés par la Ligue Bruxelloise de Santé Mentale (LBSM)<sup>7</sup>. Vous n'ignorez certainement pas non plus, les différents articles du code de déontologie du psychologue. N'auriez-vous pas eu connaissance des conclusions de quelques associations de patients ?

Dans l'entretien accordé au journal Le Soir, vous affirmez qu'« *il est en effet demandé aux psychologues cliniciens de partager un rapport avec le médecin généraliste du patient. Cela a suscité une réaction de surprise en raison du secret professionnel. Pour nous, cette condition était absolument évidente et essentielle. C'est ce qui se passe dans les soins de santé somatique. Le patient est indivisible ; les aspects ayant trait à la santé mentale et somatique sont intimement connectés* ».

Vous avez raison, « *le patient est indivisible* » et « *ces aspects sont intimement connectés* ». Qui oserait contester une telle évidence? Cependant *ces aspects intimement connectés* ne légitiment pas de les confondre.

Différencier le paradigme de la santé mentale de celui de la santé des organes est un des objectifs de ce courrier ; la médicalisation des soins de santé mentale ne répond pas à la réalité des situations cliniques psychologiques. Les personnes qui nous consultent souffrent certainement ; elles ne sont pas toutes, pour autant des malades.

Le développement de la spécificité du soin psychique, suivi d'une liste non exhaustive des risques liés à l'objectivation du versant intime de la personne humaine dans un Dossier Patient Informatisé très/trop partagé et en troisième partie, le rappel des balises fiables dans le soin psychique se clôturera sur quelques propositions.

## 1°- La spécificité du soin psychique<sup>8</sup>

L'étiologie de la souffrance psychique est multifactorielle. La santé mentale a des corrélations statistiquement démontrées avec la santé sociale (relationnelle, affective et sociale). La souffrance psychique n'est pas, une maladie, sauf dans certains cas, minoritaires.

Dans les pratiques de la psychologie clinique, Intimité et confidentialité sont essentielles. Le respect de l'intimité psychique et le respect de la vie privée des tiers sont des droits fondamentaux.

Dans le champ de la médecine des organes, est incontestable le secours qu'apporte le partage -- quasi en temps réel -- des données informatisées. Ce partage tous azimuts sauve des vies !

---

<sup>5</sup> Groupe de Travail INAMI-Compsy. Conclusions du 14 juin 2021 ; Refus à la majorité du logiciel INAMI Cinq documents non publiés mais accessibles sur simple demande

<sup>6</sup> NOUWYNCK L. Procureur Général Honoraire. « *Le secret professionnel en santé mentale -- Principes et fondements – Quelles conséquences pour le dossier du patient ?* » Exposé du 7 novembre 2021 PowerPoint. Site de la SBSM.

<sup>7</sup> Cycle de six webinaires organisé par la Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale et le CréSam en 2021-2022

<sup>8</sup> MONNOYE G. « *le psychisme serait-il un organe ? Les réformes de la santé mentale et leurs incidences sur la confidentialité* » juillet 2020. Site de la fédération Psy enfants-adolescents. fpea.

Le patient en oublie même son ressentiment à l'égard de quelques spécialistes très pointus, rendus mutiques et rivés à leur ordinateur.

Le soin psychique est par contre, une clinique de la rencontre dans la confidentialité, une clinique de *l'intime*. Lors de la rencontre d'un sujet en souffrance psychologique et/ou relationnelle, le pacte qui permet à un être humain de laisser entrevoir sa vulnérabilité, sa fragilité psychique à quelqu'un dont il espère de l'aide, c'est la garantie du respect de son intimité.

Une demande de consultation psy. est souvent teintée de sentiments de solitude et de dévalorisation, de honte et de culpabilité. Grâce à la promesse de confidentialité et en raison de notre engagement, un patient ose la confiance, il s'arrime à une ligne de vie, il se risque à dévoiler une confiance et pour certain, oser faire confiance est plus important encore que la teneur de la confiance. Prendre soin de cette tentative d'accrochage, respecter la parole du patient est, pour chaque professionnel de la santé mentale, une exigence de chaque instant. L'intégrité psychique de la personne qui se confie en dépend !

Dans le processus du soin psychique, la « *parole-élaboration* » (quel que soit le média utilisé) est fondamentale. Cette parole « subjective » n'a rien à voir avec la « parole-communication » du dossier patient-informatisé et partagé (DPI).

Cette parole-élaboration du « *sujet en devenir* » ne saurait être gelée dans un discours élagué afin d'être rendu objectivable. Comment mémoriser dans un DPI, les sentiments, les émotions, les réflexions et la singularité du cheminement d'une pensée ? Pourquoi devoir fossiliser des données psychiques d'une personne qui espère de sa démarche, une remise en marche ?

Quelle que soit la pratique de soin psychique préconisée, la **relation de confiance** est indispensable à l'approche de l'intimité, de la vulnérabilité du patient. La relation de confiance est le poinçon de notre identité professionnelle.

La deuxième finalité du devoir de secret professionnel protège cette relation de confiance. Si nécessaire, les règles cumulées autorisant le partage du secret professionnel baliseront le partage de données pertinentes, objectivables, et indispensables et ce, pour le temps nécessaire<sup>9</sup>.

## 2°- Les risques liés à l'« objectivation » de l'intimité psychique

- 1- Dans le secteur du soin psychique, qu'en est-il du consentement éclairé quant au contenu du dossier et quant aux accès aux données?

Le RGPD fait du consentement éclairé, une pierre angulaire. Dans notre secteur aussi, l'implication et le consentement du patient sont essentiels.

Cependant dans le soin psychique, cette pierre angulaire est fragilisée. La personne est vulnérable. Plus que n'importe qui, elle pourrait signer n'importe quel document... par crainte, entre autres, de ne pas être soignée avec respect.

---

<sup>9</sup> art. 14 du code de déontologie du psychologue et RGPD

l'Autorité de Protection des Données (APD) s'oppose à certaines pratiques actuelles. « *le consentement requiert une manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque, par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fasse l'objet d'un traitement.* »

Pour l'APD, il n'y a pas de consentement par défaut au partage des données.

Dans le champ de la médecine somatique, que le consentement éclairé soit donné une fois pour toutes, rend aisées la qualité et la continuité des soins.

Dans le champ de la santé mentale, le consentement éclairé ou plutôt « à éclairer » implique une information, discussion et un accord renouvelé à chaque notification, puis à chaque modification de contenu, à chaque partage et modification de partage de données ainsi qu'à chaque changement de destinataire.

Dans le secteur infanto-juvénile ce consentement « à éclairer » concernant le contenu du dossier serait une imposture. Nous ne pouvons promettre la confidentialité à nos jeunes patients. Les parents gestionnaires du DPI auront accès à l'intimité de leur enfant ou adolescent. En cas de conflit conjugal, les avocats respectifs auront accès, par parents interposés, aux propos intimes de l'enfant !

## 2- Le contenu du dossier du patient : une intimité figée

L'objectivation de données intimes patient enkyste le processus de soin. Or le symptôme est labile et le diagnostic stigmatisant. Ces données concernant l'intimité du patient ne seraient utiles ni pour la qualité et ni pour la continuité des soins.

Et malgré la corrélation entre la santé psychique et santé mentale, le contenu du dossier patient doit respecter la vie privée des tiers.

Le Conseil Supérieur de la Santé, dans le secteur de la santé mentale, a pointé l'impact négatif du diagnostic; Il existe non seulement un risque de stigmatisation de la part d'autres soignants mais aussi un risque d'identification du patient au diagnostic et aux commentaires du professionnel.

Dans le secteur de la santé mentale, les conclusions de réunions de concertation relèvent de l'intime . Consigner ces conclusions ne serait-il pas une entorse au devoir de secret professionnel ? Ces conclusions ne risquent-elles pas de figer le processus psychothérapeutique ? Ces conclusions ne concernent-elles pas des tiers ?

Devoir consigner les antécédents familiaux n'est-il pas, lui aussi, en opposition avec le devoir de respect de la vie privée des tiers ?

Quelques fois, cependant, une trace est nécessaire ; elle aide la réflexion, elle soutient le processus thérapeutique. Les psychologues cliniciens ont réfléchi depuis longtemps à la rédaction d'un rapport . Ils l'avaient voulu, ce rapport, centré sur l'avenir ; seuls des éléments connus par la personne, les éléments capables d'aider la situation clinique sont consignés. Le rapport est très logiquement différencié en fonction du destinataire et de sa fonction.

### 3- L'intimité menacée par les accès trop peu réglementés aux données de santé

Les psychologues cliniciens n'ont pas attendu la loi *qualité* pour transmettre avec le patient, si nécessaire et dans son intérêt, les données pertinentes indispensables à la continuité des soins. Les règles cumulées autorisant le partage du secret professionnel sont consignées dans tous les codes des différents professionnels de la santé mentale. Le Conseil de l'ordre des médecins au moment de la « sortie » de la loi *qualité* était plus précis encore : « *C'est le patient lui-même qui est le plus habilité à partager avec un destinataire de son choix, les données confidentielles pertinentes indispensables à la continuité des soins*<sup>10</sup> ». En principe, ce partage de données ne concerne que les données objectivables et non les données relevant de l'intimité de la personne.

Qu'est-ce qu'une donnée confidentielle objectivable, pertinente et indispensable à partager ? Il est impossible dans ce courrier de répertorier et d'analyser les multiples fonctions et missions d'un psychologue clinicien. Retenons que dans les entretiens psychologiques, nous sommes essentiellement les dépositaires, voire le refuge de données relevant de l'intime, non objectivables et donc non transmissibles, des données non indispensables à la continuité et à la qualité des soins.

Si les psychologues cliniciens ne peuvent plus promettre la confidentialité des entretiens, où se déposeront, à l'avenir, ces multiples questions existentielles, celles qui ne relèvent pas de la santé des organes ?

Avec le psychologue clinicien, le patient réfléchira aux informations dont il accepte/souhaite le partage, que ce soit en réunions pluridisciplinaires, avec des collègues travaillant dans une même institutions, avec d'autres collègues entretenant une relation thérapeutique, avec les collègues du réseau. Chaque situation est différente.

Avec le patient, nous réfléchirons aux modalités de ce partage ; un partage « en présentiel » ou un entretien téléphonique si possible en présence de la personne sera plus fructueux qu'un partage par DPI. à des destinataires inconnus.

Quel serait l'impact sur un gastro-entérologue ou un kinésithérapeute, d'un diagnostic tel que « troubles schizoïdes ». Quelles craintes ou appréhensions, cette étiquette psychopathologique pourrait-elle engendrer dans la prise en charge d'une affection organique ou mécanique ? Le partage était jusqu'à présent, nuancé en fonction de la spécificité de l'interlocuteur . Comment le DPI va-t-il détecter et s'adapter à cette exigence ?

Une seule condition – à savoir exercer un lien thérapeutique avec le patient -- autorise l'accès aux informations ? Est-ce pertinent ?

Comment nuancer la « pertinence » de la teneur d'un partage si nous ne connaissons même pas le nom de ce destinataire ?

Cette *transparence* obligée ne sera-t-elle pas une entrave à la relation de confiance et donc un obstacle à l'approche et au traitement de la vulnérabilité psychique ?

Le docteur de Toeuf<sup>11</sup>, Président du Comité de gestion de l'e-Health, tire un signal d'alarme : « *Ouvrir l'accès à tous aura en outre pour conséquence que le sumehr sera expurgé*

<sup>10</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins 10-12-2011 et 27 -04-2019

<sup>11</sup> Docteur de Toeuf. *Tribune Libre* le spécialiste, n° 185. Le 22 décembre 2021



*par le médecin de nombreuses données sensibles et que le patient ne confiera pas tout à son médecin (...) Le secret des données de santé est indispensable à un exercice professionnel de qualité.(...) Nous devons alerter la société des dommages irréversibles à la relation soignant-soigné que causerait la disparition de cette confidentialité. »*

Au nom du soin de l'intime, notre signal d'alerte et nos exigences seront décuplés.

Dans le soin psychique, un partage non régulé de données intimes aura un impact négatif, sur le patient, sur le processus de soin et sur le destinataire qui recevra une information fossilisée.

« L'accès au dossier se doit d'être par défaut fermé » recommandait l'APD, en 2019.

#### 4- Le libre choix du psychologue clinicien?

Dans l'entretien accordé au Journal Le Soir, Monsieur le Ministre, vous élargissez notre éventail de soins psychiques et accordez avec raison, quelques crédits aux psychothérapies en groupe. Celles-ci sont évidemment bénéfiques ... pour *certains*.

Une pratique professionnelle ne saurait être déclarée meilleure qu'une autre ; elle est seulement plus adéquate. La diversité des êtres humains exige une diversité des pratiques.

La singularité de la situation clinique et le souhait de la personne consultante orienteront le choix de la méthode. Travail en réseau ? Prise en charge par un filet thérapeutique ? Une psychothérapie qui s'invite au domicile ? Traitement médicamenteux ? Thérapies de/en groupes ? Entretiens individuels ? Thérapies à média ? C'est une implication dans la situation singulière du patient qui orientera le choix de telle ou telle processus de soin. La personne concernée peut influencer ce choix ; le libre choix du psychothérapeute n'est-il un droit fondamental ?

#### 5- La confidentialité et le droit à la consultation dans l'anonymat ?

En raison du DPI, toutes les personnes seront-elles obligées de décliner leur coordonnées certifiées par la lecture de la puce de leur carte d'identité ? Le droit à une consultation psychologique dans l'anonymat est-il périmé ? Ces personnes devront-elles monnayer la protection de leur intimité ? Ne créons-nous pas des soins psychiques à deux vitesses ?

Concernant la création d'un dossier médical, l'APD s'est prononcée : le consentement est un préalable obligatoire à la création d'un dossier médical global ou partagé.

#### 6- La spécificité du soin psychique et la durée du stockage des informations ?

Une durée de 30 à 50 ans est éventuellement licite dans le domaine de la santé des organes. Quoique... certaines maladies -- le diabète et le cancer -- ont exigé et obtenu un droit à l'oubli. Dans le domaine du soin psychique, cette durée de conservation de données intimes n'est pas adéquate. Pourquoi fossiliser et enkyster des données très intimes, et ce, sur deux générations ? La qualité et la continuité des soins n'en seront pas améliorées, que du contraire. Et qu'en est-il du droit à l'oubli ?

### 3°- Dans le secteur du soin psychique, quelques balises fiables<sup>12</sup>

#### 1- La deuxième finalité du devoir de secret professionnel

Le secret professionnel est une règle d'ordre public qui vise le respect de la vie privée des personnes concernées **et la protection de la relation de confiance**, l'accès en confiance à nos professions -- et la possibilité de nouer avec un professionnel, une relation de confiance.

Cette possibilité de nouer une relation de confiance est la condition indispensable, sine qua non des pratiques du soin psychique. En d'autres mots, la relation de confiance est notre outil de travail.

la Cour de cassation<sup>13</sup> rappelle l'accessibilité aux soins dans la confidentialité :« *Cette règle repose sur la nécessité d'assurer une entière sécurité à ceux qui doivent se confier à eux et de permettre à chacun d'obtenir les soins qu'exige son état, quelle qu'en soit la cause*

Pour la Cour constitutionnelle<sup>14</sup>, « *Le secret professionnel est la condition sine qua non pour que s'instaure un **lien de confiance** entre le détenteur du secret et la personne qui se confie. Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui* »

Monsieur le Ministre, vous souvenez-vous ? La Cour constitutionnelle est intervenue en 2019,- lorsque les travailleurs sociaux étaient descendus dans la rue scander « *le silence a du sens* ». Le secret professionnel des psychologues venait d'être réhabilité comme valeur transversale à tous les secteurs de la psychologie.

Tout psychologue clinicien doit pouvoir garantir à la personne qui consulte, la confidentialité : *rien de ce qui nous sera confié ne sortira de notre bureau sauf si un danger pour le patient lui-même ou pour d'autres...*

Cette promesse de confidentialité consolide le lien de confiance, notre outil de travail. L'article de Pascale GUSTIN<sup>15</sup> pourrait-il vous en convaincre ?

L'arrêt de la Cour constitutionnelle semble vraiment écrit pour notre profession – Je m'empresse de le transcrire à nouveau ! : « *Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui.* »<sup>16</sup> .

Ce lien de confiance est la principale caractéristique de notre identité professionnelle. Ce *pacte de soins* (Ricoeur), cette promesse de confidentialité, ainsi que notre engagement vis-

---

<sup>12</sup> MONNOYE G. « *Secret professionnel—et/ou Continuité des soins par le dossier patient informatisé... et partagé, un conflit de valeurs.* Journal du Droit des Jeunes. (JDJ) mai 2021.

<sup>13</sup> Cass, 16déc. 92 et dans le même sens, Cass., 2 juin 2010 ;

<sup>14</sup> C. const., 14 mars 2019 n° 44/2019 et 1<sup>er</sup> avril 2021 n° 52/2021.

<sup>15</sup> GUSTIN P. « *Qui ne dit mot, consent-il vraiment ? Variations sur le dossier psy.* » exposé fait le 27 nov. 2021 lors des webinaires organisés par le LBSM et le Crésam. Site APPPsy, Uppsy-Bupsy, EBP-BSP- fpea.be

<sup>16</sup> Cour Constitutionnelle. Op cit.

à-vis de la personne sont nos seuls véritables outils professionnels<sup>17</sup>. Sans cette relation de confiance, nous ne pourrions exercer notre profession sauf à la galvauder. Et il est de notre devoir de protéger l'accès en confiance aux soins psychiques, en ne galvaudant pas notre profession.

Vous me direz, Monsieur le Ministre que les psychologues ne sont pas les seuls à recevoir des confidences qui relèvent de l'intimité de la personne. Une fois de plus, vous avez raison ! Mais croyez-vous qu'un médecin généraliste, par exemple, s'autorisera le partage de ces données intimes dans un DPI. ?

Notre champ de travail se résume à l'intime. Les psychologues cliniciens sont essentiellement le refuge de questionnements et souffrances intimes. Ce ne sont généralement pas des données confidentielles pertinentes, susceptibles d'être partagées. Pourquoi donc nous imposer un DPI ? Ce n'est que si un partage de données est nécessaire, pertinent, indispensable, dans l'intérêt du patient et avec son accord qu'un DPI sera éventuellement nécessaire ; et encore, ceci n'est pas encore prouvé. ...

L'avis de l'APD convient aussi au secteur du soin psychique : « *Un encadrement/une **limitation supplémentaire du droit d'accès** par un professionnel des soins de santé aux données tenues à jour et conservées par un autre professionnel des soins de santé s'impose (...)* ».

## 2- Dans le secteur du soin psychique, d'autres lois et avis en faveur de la confidentialité

La loi *relative aux droits du patient* (2002) fait du respect de l'intimité du patient, un droit fondamental. Cette loi vise aussi à remettre le patient au centre du processus de soin. N'est-ce pas, monsieur le Ministre, l'objectif des différentes interpellations citées en début de ce courrier, interpellations auxquelles vous n'avez pas souhaité répondre ?

La Ligue des Droits humains a pu convaincre que le secret professionnel ne contrevenait pas au travail en réseau, que du contraire. Dans le domaine de la santé psychique et sociale, le respect du devoir de secret professionnel « *permet d'améliorer la qualité des soins, de renforcer l'alliance thérapeutique et de s'assurer que le patient soit bien au centre des prises en charge.* »<sup>18</sup>.

Dans un avenir plus ou moins proche, les recommandations de l'Autorité de Protection des Données ne pourraient-elles faire autorité ?

l'APD précise que *l'accès au dossier électronique se doit d'être par défaut fermé et segmenté à l'attention de chaque praticien de la santé (...)* Il s'agit de *permettre au patient d'exercer à la source son droit à la rectification et à l'effacement des données insérées ou non dans le dossier électronique.*

Dans les recommandations qui suivent, j'imagine l'APD fustiger l'art. 36 de la loi qualité : « *Ces conditions (du droit d'accès) s'inspirent manifestement des conditions associées à la forme juridique du « secret professionnel partagé » à la différence certes que dans la loi du 22 avril 2019, la notion de « soins de santé » est définie de manière très large, alors que le secret*

---

<sup>17</sup> Cet engagement dans la confidentialité n'annule certainement pas les différentes formations continuées. Mais ceci est un autre chapitre !

<sup>18</sup> Ligue des Droits Humains. « Santé mentale, secret professionnel et pratiques de réseau .» Février 2016.

*professionnel partagé semble toutefois limité au partage de secrets/informations nécessaire à la prestation et uniquement dans l'intérêt (de l'assistance) du patient concerné.*

Les conclusions de l'APD devraient être mises en évidence. Par exemple : *Il en résulte qu'un encadrement/une **limitation supplémentaire du droit d'accès** par un professionnel des soins de santé aux données tenues à jour et conservées par un autre professionnel des soins de santé s'impose, quoi qu'il en soit, tant dans les arrêtés d'exécution à prendre que dans la mise en application de ceux-ci sur le terrain. (... ) Une intervention du Roi est indispensable afin d'une part, de préciser la concrétisation : granularité du consentement (...)*  
*L'APD rappelle la nécessité d'être consultée préalablement au sujet de ces arrêtés d'exécution.*

Le code de déontologie des psychologues et celui des autres professionnels de la santé mentale restent des balises fiables, incontournables.

## Perspectives ?

Monsieur le Ministre,

Le Conseil Supérieur des Indépendants (CSIPME), en juillet 2021, vous a transmis, au sujet de l'informatisation des dossiers, une analyse détaillée. Les remarques concernant la santé mentale y sont pertinentes. Sa proposition d'un débat élargi n'a reçu actuellement aucune réponse.

Monsieur LAGROU, Président de la Compsy<sup>19</sup>, vous a transmis une analyse fine et ferme des arrêtés d'application de la section 12 de la loi qualité.

Il rappelle la nécessité de garantir à tous moments, une relation de confiance.

Et il insiste sur la spécificité de notre profession « *Bien plus que dans des soins somatiques, il s'agit d'informations intimes ou très sensibles. .... l'accès aux données de santé dans les soins de santé mentale semble moins nécessaire pour garantir la qualité.... Chaque professionnel de la santé pourra toujours contacter activement le psychologue clinicien en vue d'un échange de données... »*

Favoriser une relation de confiance, gage de la qualité de notre profession est encore possible. Il suffirait d'associer aux discussions, les Conseils Supérieurs, celui de la Santé et celui des Indépendants, l'Autorité de Protection des données, les différentes associations professionnelles qui ont réfléchi à la question de l'accès au DPI, sans oublier les associations de patients. Il suffirait de réfléchir, **ensemble**, aux arrêtés d'application de l'art 3§2 et des art 36 à 40 de la loi qualité.

Intégrité psychique—Confidentialité – Devoir de respect de l'intimité psychique de la personne — Devoir de respect de la vie privée des tiers— Droit à l'oubli... en raison de ces différents arguments, Monsieur le Ministre, le Roi ne pourrait-il *définir les modalités plus*

---

<sup>19</sup> LAGROU. J. Président de la Commission des psychologues. Lettre adressée au ministre de la Santé, et des classes moyennes, Monsieur Vandembroucke. 11 mars 2022.

*précises en matière d'application de la loi, aux professionnels du soin psychique afin de tenir compte de la nécessité d'une protection spécifique du patient.<sup>20</sup>» ?*

Les arrêtés d'application des articles de la loi *qualité* qui visent les accès au DPI<sup>21</sup> pourraient-ils tenir compte de la spécificité de la santé mentale ? Pourraient-ils se remémorer un avis de l'APD à savoir, *l'accès au dossier électronique se doit d'être par défaut fermé et segmenté à l'attention de chaque praticien de la santé ?* Pourraient-ils restaurer la deuxième finalité du devoir de secret professionnel, à savoir la **protection de la relation de confiance** en notre profession?

*Geneviève Monnoye*

*Coordinatrice du Comité Éthique et Déontologie de l'APPPsy (CEDA)  
Membre du Comité de Vigilance en Santé Mentale(CVSM-CVGGz.)*



**ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE INFO@APPPSY.BE**

---

<sup>20</sup> L'art 3§2 de la loi *qualité* (2019)

<sup>21</sup> Articles 36 à 40 de la loi *Qualité*.

### introduit le trouble du deuil prolongé

*Selon l'APA, le trouble du deuil prolongé – **Prolonged grief disorder** (PDG) – peut se produire « lorsqu'un proche de la personne endeuillée est décédé dans un délai d'au moins 6 mois pour les enfants et les adolescents, ou dans un délai d'au moins 12 mois pour les adultes. Dans le trouble du deuil prolongé, la personne endeuillée peut éprouver des désirs intenses pour le défunt ou être préoccupée par les pensées du défunt, ou chez les enfants et les adolescents, par les circonstances entourant le décès. Ces réactions de deuil surviennent presque toute la journée, presque tous les jours pendant au moins un mois. L'individu éprouve une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants». La présidente de l'APA, Vivian B. Pender, MD, souligne que « les circonstances dans lesquelles nous vivons, avec plus de 675 000 décès dus au COVID, peuvent rendre le trouble du deuil prolongé plus répandu. Si vous avez récemment perdu un proche, c'est très important de le vérifier. Le chagrin dans ces circonstances est normal, mais pas à certains niveaux et pas la majeure partie de la journée, presque tous les jours pendant des mois.»*

### **Selon l'American Psychiatric Association, les symptômes sont les suivants :**

- Perturbation de l'identité (par exemple, avoir l'impression qu'une partie de soi est morte)
- Incrédulité marquée face à la mort
- Éviter les rappels que la personne est décédée
- Douleur émotionnelle intense (par exemple, colère, amertume, chagrin) liée au décès
- Difficulté de réintégration (p. ex., problèmes à s'engager avec des amis, à poursuivre des intérêts, à planifier l'avenir). Engourdissement émotionnel
- Sentir que la vie n'a pas de sens
- Solitude intense (c'est-à-dire se sentir seul ou détaché des autres)



— Faire un shampoing à un mort ?