

Colloque du Manifeste Psy du 31 mars 2023 à l'Assemblée Nationale

« *Construire aujourd'hui le futur des psychologues cliniciens
psychothérapeutes en France* »

Thématiques de la journée :

- L'importance de la place du psychologue dans le soin psychique
- Une formation doctorale professionnelle en psychothérapies
- Le statut péri-médical des psychologues cliniciens
- Une nouvelle convention de remboursement
- La réglementation de la psychologie et de la psychothérapie
- Synthèse des propositions

Introduction : (argumentaire distribué aux participants du colloque)

Manifeste de la clinique pratiquée par un psychologue clinicien

La clinique en psychologie ne saurait être réduite à un « acte médical » mais ainsi, qu'est-ce que la clinique ?

La clinique, pour un psychologue clinicien, c'est d'abord une discipline scientifique : la psychologie clinique.

Elle est la science des conduites humaines, fondée sur l'analyse et le recueil le plus fidèle possible des manières d'être et de réagir d'un être humain, aux prises avec une problématique singulière et en suivant sa perspective subjective propre (Lagache 1949).

Elle est alors amenée à étudier les conduites humaines, individuelles ou groupales, normales ou pathologiques, en tant que phénomènes déterminés par des processus

psychiques (Bioy, Fouques, 2020).

En France, cette discipline se partage entre deux mentions universitaires en Psychologie : Psychopathologie clinique psychanalytique d'une part, Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, d'autre part.

La psychologie clinique, comme science, désigne à la fois un domaine (la psychopathologie) et une méthode (la méthode clinique) qui s'intriquent dans une praxis, celle du psychologue clinicien.

La psychopathologie consiste en l'étude scientifique et clinique, par la psychologie, des troubles psychiques.

La méthode clinique, quant à elle, doit produire une situation pour faciliter et recueillir les productions psychiques d'une personne.

Cette méthode s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretien, tests, etc...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu et d'intervenir (par exemple lors d'une évaluation diagnostique, ou de psychothérapie) (Fernandez, Pedinielli, 2006).

Aussi, au sein d'une pratique, le psychologue clinicien remplit de grandes fonctions : de diagnostic, de formation, d'expertise (Anzieu, 1983), d'aide, de conseils, et de soin psychique, avec l'appui d'orientations théoriques et pratiques diverses et complémentaires (cognitive, psychodynamique, systémique, etc.).

Cette pratique clinique consiste plus précisément en une approche de la relation au patient singulière.

Il s'agit, pour le psychologue clinicien, de mobiliser un savoir-faire mais aussi d'un savoir-être, indispensable à la mise en place des conditions, à l'intérieur d'un cadre défini, qui permettent à un patient d'entrer dans un processus d'évaluation diagnostique, de soin psychique et de psychothérapie.

Dès lors, la clinique est une conduite de la relation ajustée au patient. Pour dire les choses de la manière la plus simple et imagée possible, la clinique est le sur-mesure du soin psychique.

Pour exemple, un clinicien ne peut effectuer le même travail avec un patient qui vient de perdre une personne proche et avec un patient victime d'un traumatisme sexuel. Bien davantage, un clinicien ne fait pas le même travail avec deux patients qui auraient vécu, vu de l'extérieur, une atteinte psychique semblable.

Cette dimension du sur-mesure appelle des compétences hautement spécialisées, que seuls les psychologues cliniciens possèdent.

Ceci permet de rappeler que le travail en psychothérapie, autrement dit l'expertise du soin psychique, n'est jamais un acte médical ou paramédical. C'est un travail psychique intersubjectif, dans la mesure où il engage d'emblée deux personnes avec leur vie psychique, dans une relation.

Cette dimension n'implique pas simplement, en pratique clinique, la présence de deux psychés qui entrent en interaction mais elle consiste également au travail sur cette interaction même (par exemple, dans les problématiques de l'attachement précoce).

C'est donc un travail avec l'intersubjectivité mais aussi sur l'intersubjectivité.

La clinique nous apprend donc ce fondamental : il n'existe jamais un modèle dans lequel on peut faire entrer un patient qui soit opéré avant de le rencontrer. Autrement dit, le psychologue clinicien n'utilise jamais de protocole au sens médical mais il personnalise le travail clinique pas à pas avec son patient.

Aussi, un cadre de soin psychique se situe à la frontière entre le médical et le non-médical. Le psychologue clinicien travaille à une place « autour du médical » : ni dessous, ni dessus, ni dedans mais bien à la périphérie. Le soin psychique pratiqué par un psychologue clinicien est donc « péri-médical » et sa place, notamment institutionnelle, est à cette frontière même.

Cette place « péri » garantit une neutralité, qui permet une intervention possible auprès des équipes médicales ou paramédicales (groupe de régulation, analyse de la pratique etc...).

- Importance de la place des psychologues cliniciens dans le soin psychique : proposition pour une nouvelle place des psychologues dans le système de santé.

Au delà des diagnostics posés par les équipes médicales et paramédicales, la finesse de l'analyse du clinicien permet d'adapter la prise en charge pour chaque patient, de trouver les origines du trouble et leur issue possible. Remettre du sens sur l'histoire du patient et de son trouble permet également d'apaiser les équipes et de favoriser un lien de qualité entre soignants et soignés.

Malgré leurs compétences, les psychologues sont régulièrement maltraités. Dès la sortie du cursus, ils connaissent des difficultés d'insertion professionnelle et/ou une précarisation par des contrat morcelés entre différentes institutions et des conditions d'exercice dégradées en institution. Par la méconnaissance de leur expertise, ils subissent un manque de reconnaissance dans leurs compétences, voire un mépris de la part des partenaires et équipes soignantes. Enfin, leur salaire est souvent égal voire inférieur aux paramédicaux malgré un niveau d'études à bac + 5 ;

d'autre part, bien que cadres, ils ont un salaire mensuel 3 à 5 fois inférieur par rapport à la majorité des cadres dans d'autres domaines.

Grands oubliés du Ségur de la santé, ils n'ont pas été concernés par les revalorisations salariales de la FPH, alors même que leur salaire n'a pas été revalorisé depuis 30 ans.

La pénibilité psychique de ce métier entraîne un risque important de burn out du fait de l'exposition constante à de grandes souffrances psychiques (traumatisme vicariant).

Les dernières mesures prises par le gouvernement vient précariser davantage encore les conditions d'exercice et la possibilité de reconnaissance du travail des psychologues ; d'autre part, elles ont pour dessein de les mettre définitivement sous le joug du corps médical.

- Albert Ciccone, discutant :

La demande envers les psychologues ne fait qu'augmenter depuis la pandémie mais surtout, du fait d'une société qui tend à être de plus en plus désobjectivante ; où la rentabilité occupe toute la place au détriment de la dimension humaine, ce qui entraîne progressivement le déclin du lien social, que l'on tend à remplacer par des interaction avec la machine/l'intelligence artificielle/le robot...

certain ont qualifié ce phénomène, dans son atteinte à la sphère du soin psychique, d' « *offensive neuro-maniaque* » ; dans le même mouvement, on assiste à un délitement, voire une disparition de la formation en psychopathologie chez les acteurs du soin psychique.

Le besoin de parole est important, les scores d'audience de la série « en thérapie » montre l'intérêt des gens pour ce type d'approche ; les cliniciens sont les garants du lien social.

Le psychologue a une formation de haut niveau et il continue de se former tout au long de sa carrière ; c'est un « expert » du soin psychique en termes de « savoir-faire » et surtout, de « savoir-être ».

Par rapport aux psychiatres, les psychologues cliniciens ont une spécialisation beaucoup plus poussées en psychopathologie clinique, c'est d'ailleurs cet argument qui avait permis de faire modifier l'amendement Accoyer à l'époque (2010) qui, dans sa mouture initiale, ne prévoyait pas d'accès direct des psychologues cliniciens au titre de psychothérapeutes, alors qu'il l'accordait de fait aux psychiatres et médecins généralistes...

l'approche dominante aujourd'hui est une tendance à l'uniformisation, ce qui est à

l'opposé du soutien de la singularité par le clinicien.

L'approche du cas singulier n'est pas incompatible avec la construction d'un savoir scientifique (G.Canguilhem).

La psychologie clinique s'intéresse à toutes les souffrances psychiques ; « clinique », du point de vue étymologique, renvoi à la position « inclinée » vers le patient, une position d'humilité, d'instabilité et d'inconfort qu'il s'agit de travailler... cela ne va pas de soi et c'est pourtant nécessaire.

Dans sa pratique, le clinicien engage toute sa personne et, c'est moins la technique qui est à l'œuvre, que cet engagement particulier du clinicien dans sa pratique et dans la relation thérapeutique qu'il noue avec le patient : une relation d'engagement mutuel ; c'est ce qui produira des effets sur le patient.

D'où l'idée que cette démarche continue et rigoureuse devrait concerner toutes les autres professions de soin, notamment lorsqu'il s'agit de soin psychique.

Ainsi, comment faire entendre ces exigences éthiques et déontologiques face à une volonté d'« Uberiser » les protocoles de soin à des fins de rentabilité ? Les logiques comptables qui se sont emparées des institutions visent des résultats immédiats et quantifiables, à coup d'évaluation et de ré éducation.

Il faudrait passer de la « *prise en charge* » à la « *prise en compte* », c'est un choix de société, un choix politique.

Il y a une grande importance du travail de soutien et de guidance auprès des équipes, faut-il pouvoir instaurer une relation de confiance ; le cadre et surtout le climat institutionnel ne le permet plus, si tenté qu'il l'ait réellement permis par le passé...

les équipes ont besoin que le clinicien les aide à comprendre ce qui est en jeu, la violence et la charge des symptômes de leurs patients, afin de ne pas produire de contre-attitudes réactionnelles, témoignant de leur souffrance au travail...

Ce travail de penser la pratique, et autour de la pratique est, là encore, antagoniste avec les logiques de gestion actuelles dans les institutions.

En effet, comment coter une activité de pensée sur une grille d'évaluation ?! Les conditions d'exercices se sont dégradées du fait de ces logiques productivistes et notre mission est de veiller à préserver ces espaces de pensée.

Le coût du dispositif « MonPsy » aurait permis de créer 2000 postes pérennes de psychologues en CMP...

- **Pour un doctorat clinique en psychothérapie :**

Pour différentes raisons, notamment la présence de certaines failles juridiques exploitées par le gouvernement actuel pour imposer une 6ème année de « professionnalisation » des cliniciens en « psychologues de santé » (et par d'autres pour s'improviser thérapeutes en tout genre), il y a une refonte nécessaire de la formation des psychologues psychothérapeutes français.

Le travail de nos collègues du Manifeste Psy s'est inspiré des avantages et écueils de 4 modèles :

- la Belgique
- la Suisse
- le Québec
- et l'Allemagne

au regard de la formation et de la validation de leurs psychologues cliniciens.

Cela a donné lieu à une réflexion sur la construction du modèle le plus judicieux pour les psychologues français.

Je vous propose ici un bref résumé, sur la base de quelques notes, des principales modalités des différents modèles ; sachant que vous avez accès à l'intégralité des données dans le rapport présenté par le Manifeste Psy.

- **Belgique** : les « praticiens des soins de santé » doivent faire une demande de visa, suivie d'une demande d'agrément, délivré par le « conseil fédéral des professions de soins de santé ». Problème : il y a confusion des instances et 4 niveaux différents de validation ; de plus, les conditions de recevabilité sont floues. Or, le modèle Belge constitue le support du projet actuel du gouvernement, de refonte des études pour les psychologues français, avec les mêmes risques, notamment : une distinction entre des « soins de 1ère ligne » pour des « troubles légers » et des soins plus « spécialisés », pour les troubles psychiques plus importants ; les psychologues doivent s'inscrire dans un parcours entièrement médicalisé, dans une subordination relativement marquée vis-à-vis du médecin prescripteur.
- **Québec** : un doctorat universitaire avec 2 voies différentes, soit « pratique et recherche appliquée » (4 ans), soit « doctorat de recherche » (5 ans). Un permis d'exercice est ensuite délivré par « l'ordre des psychologues » ; ils ont un statut de « spécialistes » du fait du doctorat mais les délais de prise en charge reste

très longs en institution. Concernant le libéral, en 2018, création d'un « programme québécois pour les troubles mentaux », échelonnant ceux-ci, en termes de prise en charge, des « autres soins » à la « psychothérapie ». Là encore, 2 vitesses de traitement et une priorité donnée à la « psycho-éducation », inspirée du modèle anglais. Dans un contexte de moyens insuffisants attribués à l'accueil des patients en institution, la « psycho-éducation » proposée en 1ère intention, entraîne une aggravation des troubles, entre autres écueils. En effet, faute de budgets adéquats, ces programmes ne sont, à minima, pas efficaces.

- **Suisse** : les psychologues ont une formation au grade de « master en psychologie », puis des formations post-grade sur différentes spécialités : « psychologues de la santé », « enfants/ados », « neuropsychologie », « psychologie clinique » et « psychothérapie » (la seule qui donne droit au remboursement), on observe une distinction entre « clinique » et « psychothérapie ». Ces 5 années de formation supplémentaires représentent un coût important qui reste à la charge du psychologue. Au niveau pratique, il ne peut y avoir de remboursement que sur prescription par un « psychiatre psychothérapeute ». En juillet 2022 : mise en place d'une autre modalité de remboursement, ouverte aux médecins généralistes (et plus exclusivement réservée aux psychiatres) mais avec des conditions d'inclusion qui évince une grande partie des patients car toute souffrance n'est pas pathologique au sens du médical.
- **Allemagne** : le psychologue doit obtenir le titre protégé de « psychologue psychothérapeute » ; ici aussi, une formation post grade avec un internat de psychologie et là encore, concernant la possibilité de remboursement, un écueil au niveau de la sélection des patients : les psychologues peuvent bénéficier d'une prise en charge complète, car reconnus comme « profession de santé », pour autant qu'un trouble psychique d'ordre pathologique soit présent, sur évaluation et prescription médicale.

Au regard de la volonté de réforme actuelle du cursus de psychologie et de la place du psychologue dans le système de santé, par le gouvernement actuel, il s'agit de proposer un modèle de formation, de validation des compétences et de modalités de remboursement des psychologues français.

Actuellement, de nombreux psychologues prennent en charge sur leur temps et deniers personnels leur formation continue ; le projet imagine une formation en psychopathologie et psychothérapie poussée et intégrée au cursus initial ; l'accent sera porté sur la reconnaissance des compétences du psychologue pour lui laisser une autonomie au regard du corps médical et faire reconnaître ainsi, que les sciences

humaines cliniques dépassent largement le champ du médical.

Ainsi, pour contrer l'actuel projet visant à nous auxiliariser de force comme « profession de santé » laissant en marge toute souffrance « non pathologique », le projet du Manifeste invite à réfléchir sur la possibilité d'un nouveau modèle de formation pour les psychologues français, qui restent attachés à la dimension d'un titre unique, malgré les disparités de leurs références théoriques et méthodes.

Cette pluralité des approches doit servir de levier à une ouverture, en termes de complémentarités, plutôt que de continuer à être le socle d'une résistance massive qui laisse la porte ouverte à la prise de décisions sans notre consentement et sans même notre avis sur la question.

L'idée d'un « Doctorat en psychothérapie » permettrait d'éviter toute tentative de paramédicalisation et de valoriser nos compétences spécifiques.

Il permettrait de formaliser et officialiser ce qui existe déjà, à savoir, la formation continue des psychologues, aujourd'hui mal connue et donc non reconnue à tous les niveaux (crédibilité, salaire...).

En effet, actuellement, ces formations post grade sont laissées à l'initiative et aux moyens de chaque clinicien ; au niveau du cursus de base, il y a un effet « entonnoir » à l'entrée en Master 2, année diplômante et professionnalisante, qui laisse bon nombre d'étudiants sur le carreau, après avoir pourtant réussi les 4 premières années de formation, une sorte de numerus clausus qui ne dirait pas son nom... ce qui renvoie à la possibilité d'insertion en sortie de cursus, du fait du manque de postes à pourvoir. Le choix politique aurait pu se faire sur une augmentation de ces postes, répondant ainsi à l'augmentation des besoins, plutôt qu'à une mise sur la touche des étudiants en fin de formation...

D'autre part, l'émergence de pseudos thérapeutes auto-proclamés est venue dangereusement se substituer à cette absence de réponse politique aux besoins du champ médico-social ; permettant ainsi toutes les dérives sectaires et commerciales, sur un public déjà fragilisé et dont on exploite la souffrance, au grès de failles juridiques, quand, dans le même mouvement, on vient démunir les professionnels qualifiés de la possibilité d'exercer convenablement leur travail ; tout ceci est parfaitement insupportable, notamment quand on connaît les effets délétères de ce type de prise en charge sur nos patients.

Pour toutes ces raisons et d'autres encore, la psychothérapie doit être envisagée comme un domaine de recherche et de formation continue, notamment si l'on veut protéger nos patients et, par là même, la reconnaissance de nos métiers.

L'amendement Accoyer avait cet objectif mais l'on voit bien aujourd'hui que celui-ci n'a pas été atteint. Les mouvement réactionnels qui ont suivis ont juste permis que les

psychologues cliniciens n'en soient pas exclus, ce qui donne une idée de l'absence de considération dont ils souffraient déjà à l'époque (2010).

Pourtant le niveau d'expertise du psychologue clinicien en psychopathologie clinique dépasse largement celui des psychiatres, formés par ailleurs à d'autres compétences que ne possèdent pas à équivalence les psychologues ; chacun son métier et c'est très bien ainsi, il faut juste que chacun puisse occuper sa juste place et ce n'est pas le cas aujourd'hui ; générant toujours plus de confusion chez les néophytes qui finissent par s'adresser au premier thérapeute identifiable comme tel, ce qui ne leur garanti malheureusement pas une pertinence, ou une efficacité, du dit thérapeute.

Un nouveau palier doit donc être posé, orienté vers la reconnaissance de cette expertise.

Ce pourrait être ce « Doctorat clinique en psychothérapie », proposé sur une durée de 3 ans, modulable selon les acquis du clinicien et bénéficiant d'une « clause du grand-père » afin de permettre une transition en douceur pour les cliniciens déjà formés.

Il pourra être réalisé dans une institution universitaire publique ou privée, son contenu pédagogique envisagé par des praticiens, axé sur le développement de la praxis (articulation entre théorie et pratique) ; il y aurait un premier palier de renforcement des acquis en psychopathologie pour les psychologues non cliniciens qui eux, du fait de leur spécialité en seraient exemptés, puis l'idée d'approfondir encore les modèles théoriques couramment utilisés en psychopathologie clinique, dans une visée intégrative et complémentaire.

L'accent sera également porté sur le rôle des psychologues dans la supervision, le soutien des soignants et la régulation des pratiques institutionnelles.

Il est important de faire reconnaître l'importance de cette fonction de support et le positionnement particulier que cela implique vis-à-vis de l'institution ; c'est ce qui permet de justifier la place spécifique du psychologue dans le champ de la santé, en tant que « 4ème groupe ».

le psychologue ne peut être réduit dans sa pratique à un simple technicien du soin psychique, il est également créateur de savoirs et de pratiques et son indépendance est indispensable pour pouvoir occuper sa fonction de tiers.

Pendant ce doctorat de 2 à 3 ans, le clinicien sera en poste, en institution ou en libéral, sous la supervision de praticiens expérimentés, jusqu'à la validation de sa formation.

Cette perspective en entraîne une autre, tout aussi pertinente pour répondre rapidement à la demande de soins psychiques (en constante augmentation depuis la pandémie) : la création de « maisons de psychothérapies » : établissement dédiés à la formation au soin psychique, inspiré par le modèle des CHU.

Ceci pourrait être encadré par une convention reprenant le principe de la « 1ère ligne » en soin psychiques, tenté par « MonPsy » mais incompatible en l'état avec les buts recherchés.

Cette convention devra respecter le code de déontologie des psychologues, notamment au regard des outils, du cadre et des durées de séances, choisis par les psychologues en co-construction avec leurs patients.

La validation du titre se fera sous la forme d'une thèse professionnelle, venant ainsi valider un haut niveau de compétences en psychothérapie.

La transition se fera en douceur via la « clause du grand-père » pour les cliniciens déjà formés au moment de la réforme et avec la possibilité de passerelles pour les autres.

Concernant le financement, le rapport envisage des pistes réalistes avec un très faible impact sur le contribuable, notamment au regard d'un possible auto-financement par le fonctionnement des « maisons de psychothérapies ».

- **La profession de psychologue comme profession non-paramédicale** - interventions d'Albert CICCONE et Patrick RAOULT :

Il y a un antagonisme fondamental de la profession avec toute forme de paramédicalisation, celui-ci peut notamment s'illustrer à travers 9 points :

- 1) Les psychologues ne traitent pas tous et toujours dans le champ de la santé ;
- 2) Les psychologues dans le champ de la santé, travaillent déjà en parfaite collaboration avec leurs différents partenaires, notamment médecins et paramédicaux ; aussi bien dans le secteur public, qu'en libéral. Il est donc tout à fait inutile, voire aberrant et contre-productif - au regard de la pénurie de médecins - d'instaurer un nouveau lien de subordination des uns par rapport aux autres ; notamment à l'heure où il est question de permettre à certains paramédicaux de passer en libre accès ;
- 3) Les psychologues cliniciens ont un haut niveau de qualification, par leur formation initiale et continue (ce qui devrait être obligatoire pour tous les métiers du soin) ; mais aussi parce leur métier les engage avec toute leur personne, au delà du, ou de la professionnelle, nous n'avons qu'une psyché et celle-ci est notre outil de travail... en termes de qualifications, il y a donc un savoir-être très important, au delà du savoir-faire, qui demande des actions de

formation et remises en question tout au long de leur carrière ; certains psychologues possèdent même un niveau de formation qui leur ouvre une HDR (habilitation à diriger des recherches). Pourtant cette qualification, parfois supérieure à celle des médecins et des psychiatres, continue de leur être déniée, les psychologues se retrouvent, la plupart du temps, considérés comme des paramédicaux et parfois même, moins bien rémunérés que ceux-ci ;

- 4) La psychologie est une discipline qui appartient au champ des sciences humaines, issu en partie de la philosophie, aux côtés d'autres disciplines comme l'anthropologie, la sociologie, l'ethnologie... et ne saurait être réduite au seul champ médical. La psychologie est une science que l'on pourrait dire « récente », le terme de « psychologie clinique » date du 19^{ème} siècle ; en 1949, elle est constituée comme discipline universitaire et se différencie par sa démarche de singularisation ; contrairement aux sciences qui généralisent, comme la sociologie par exemple. La psychologie clinique s'intéresse au développement de la subjectivité, dans ses formes normales et pathologiques, avec l'idée d'un continuum entre les 2. C'est une science du psychisme humain, elle s'intéresse à la souffrance psychique à tous les âges de la vie et sous toutes ses formes ; ce qui déborde le sujet singulier et, dans ses déclinaisons (psychologie sociale notamment) s'intéresse également au fonctionnement des groupes et des institutions. Ainsi, le « soin psychique », ou la « psychothérapie », qui est son synonyme et dont il faudra préciser l'outil (psychanalyse, TCC, EMDR etc...), ne peut s'inclure dans un protocole généralisant ; la liberté du choix de l'outil en fonction des situations, pour le praticien et du choix du psychothérapeute au grès de la rencontre, pour le patient, reste fondamentale dans cette perspective. D'autre part, l'expertise doit s'entendre du côté du patient, car il est le seul à savoir comment il souffre... La psychologie va lui apporter une écoute qui lui permettra de s'entendre, c'est donc d'une écoute et d'une posture particulière dont il s'agit et qui demandent beaucoup d'humilité et de travail sur soi pour le thérapeute. La psychologie est une science humaine et ne peut être réduite, notamment dans sa démarche clinique, à raisonner sur l'organe cerveau et sa chimie fonctionnelle, ou même à la pathologie médicale ; toute souffrance n'est pas pathologique et celle-ci peut être contenue autrement que par des murs d'hôpital et des molécules. Même la définition de l'OMS sur la santé mentale dépasse cette absence de trouble et fait référence à un état de bien-être qui permet de réaliser son potentiel et de contribuer à la vie de la société (...), on a ici une définition démedicalisée de la notion de « santé mentale ». Freud parlait de « *retrouver la capacité d'aimer et de travailler* »...
- 5) Les souffrances psychiques font partie de la condition humaine et il y a un continuum entre normal et pathologique ; la notion de ce qui est « pathologique » est elle-même subjective et différente selon les cas (Canguilhem) ; c'est ce qui rend incompatible l'approche exclusivement médicale avec la notion de « soin psychique ». Pour le dire autrement, ce qui

est « normal » pour un sujet, peut s'avérer « pathologique », ou « pathogène », pour un autre mais cela s'apprécie au cas par cas et, moins sur le plan qualitatif (quel symptôme ?), que quantitatif (quelle place prend ce symptôme dans la vie du sujet ?). Ce qui détermine la pathologie n'est pas la nature de la souffrance mais son degré ressenti par le sujet (quantum) ; ainsi l'espace dédié à la parole du sujet dans un cadre de « psychothérapie » doit lui permettre de se questionner autour de son symptôme plutôt que de se précipiter à le faire disparaître ; cela permet d'essayer de comprendre où commence la maladie, la folie, le handicap... ? Car des « variantes normales », ex : une consommation d'alcool réactionnelle mais ponctuelle, peuvent devenir pathologiques (addiction) et inversement (ex : les troubles « dys » autrefois observés comme des « variantes normales » chez les enfants, notamment les dyscalculies, dysorthographies... et maintenant repérés comme troubles neurologiques). Il faut pouvoir se demander : de quoi a t'on besoin lorsque l'on souffre psychologiquement ? Est-ce de s'enfermer dans des compulsions ou consommations pour éviter de penser ? Quitte à remplacer une dépendance (affective) par une autre (addictive), y compris en détournant le médicament prescrit, jusqu'à l'utiliser pour mettre fin à ses jours... Est-ce qu'en partageant cette souffrance, en l'évoquant avec le thérapeute, le patient pourrait en saisir les enjeux ? Est-ce que par les effets de la psychothérapie, cette souffrance pourrait être atténuée, au point que cela lui permette d'en faire quelque chose ? De la dépasser ? Mais ces enjeux demandent un temps, celui de la temporalité psychique du sujet, qui ne coïncide jamais avec les logiques de rentabilité actuelles ; cette temporalité nécessaire n'est donc plus laissée à l'appréciation des psychologues, ce qui altère leurs conditions de travail.

- 6) L'accès direct au psychologue est une nécessité, sinon on retarde la demande de soin et l'on contraint le sujet à une violence inutile, celle de devoir en parler à un autre praticien avant, qui est souvent le médecin de famille (ce qui peut générer des réticences à se livrer selon les cas), ou bien trouver un autre médecin juste pour cela, dans un contexte de pénurie de médecins et de psychiatres, puis retourner encore voire un psychiatre au bout des 8 séances... aux résistances que peut déjà connaître un sujet dans sa démarche, vient s'ajouter une lourdeur protocolaire parfaitement inutile et génératrice de frais de consultations supplémentaires pour la sécurité sociale... il est donc essentiel de garantir un accès direct au psychologue pour tout le monde et aberrant à tous points de vue de valider ce « parcours psy du combattant ».
- 7) D'autre part, il est également inutile et violent de discriminer les patients nécessitant une prise en charge psychologique sur la base d'une évaluation faite par un médecin non formé à cela et via une grille de lecture médicale. Ce découpage de la souffrance en tranches symptomatiques, dont certaines seraient qualifiées de « légères à modérées » est aberrant et injuste.
- 8) Les logiques du soin psychique sont à l'opposé des logiques médicales. Le

médecin est un expert qui identifie et connaît la solution ; en soin psychique, l'expert est le patient et lui seul peut trouver l'issue de son mal-être, avec l'aide du thérapeute pour « s'entendre ». Le soin médical suppose la disparition des symptômes, comme l'illustre la formule du chirurgien René Leriche (1936) : « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* » alors que, dans le soin psychique, on pourrait dire que « l'on commence à aller mieux, quand on commence à aller mal... ». En effet, c'est un progrès que de renouer avec ses ressentis, ses conflits internes, que de s'autoriser à exprimer une colère, à pleurer... c'est le signe que l'on renoue avec une partie enfouie de soi-même, que la psyché est au travail et, en ce sens, ce qui fait du bruit dérange moins le psychologue que ce qui reste silencieux... Ce sont deux façon tellement opposées de voir les choses qu'en institution, le psychologue est souvent amené à faire un travail d'apport de sens aux équipes, notamment lorsqu'elles « se plaignent » des symptômes de certains patients. Dernière incompatibilité, dans le soin psychique, comme dans l'évaluation psychologique expertale, il est difficile de répondre précisément à la demande de pronostic, notamment dans le temps et/ou de prédictibilité de la « rechute » ou de la « récurrence ». Ce sont donc des logiques et des techniques opposées.

9) Les psychologues connaissent leur travail et le font avec éthique ; les pouvoirs publics doivent laisser les psychologues travailler comme ils savent le faire et non leur imposer des cadres inadéquats via des conditions dégradées, ainsi qu'à leurs patients. La psychologie a une fonction sociale : elle répond à un besoin de compréhension de ce qui fait « l'humanité » ; elle a également une fonction politique, en tant que garante de cette humanité, de la subjectivité et du lien social.

➤ La volonté du gouvernement est de faire entrer les psychologues cliniciens dans le code de la santé publique en tant que profession paramédicale.

➤ **Pourquoi les psychologues s'y refusent ?**

Le RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé) va bientôt remplacer le répertoire Adéli (début du second semestre 2023), avec la volonté d'inclure les psychologues dans le « livre 3 - des professions paramédicales » (Code de la Santé).

Dans sa dernière version de février 2023, les psychologues y sont mentionnés 55 fois en tout mais n'ont, actuellement, pas encore de place définie. Il y a 2 parties : « législative » et « réglementaire ».

- Livre 1 : professions médicales
- Livre 2 : pharmacie
- Livre 3 : auxiliaires médicaux et paramédicaux
- Livre 4 : concerne les collectivités d'Outre-mer, pour toutes les professions

Proposition d'une entrée des psychologues par un nouveau livre, (4ème bis ou 5ème), afin que les psychologues définissent eux-mêmes la place qu'ils souhaitent prendre dans le champ de la santé.

- Proposition du **Livre 5 : Profession Péri-médicale** :

Le concept de péri-médical versus paramédical, permet de proposer une place plus adaptée à l'exercice du psychologue et la reconnaissance de cette juste place.

L'étymologie de ce terme qui renvoie à : « autour de », « à la frontière », « en périphérie », en fait celui qui semble le plus approprié pour définir la spécificité de la place qu'occupent les psychologues, notamment en institution mais pas seulement (fonction de tiers).

Le soin psychique se situe à la frontière du médical et du non-médical. Cette place « péri » pour le psychologue, lui garanti une neutralité qui permet une intervention possible avec le médical et le paramédical, sans confusion des places.

Le psychologue clinicien est, à la fois un professionnel non médical de la santé et, un professionnel de la santé non-médicale.

Son autonomie est donc indispensable dans sa pratique.

- Les avantages à devenir des « Péri-médicaux » :

Une meilleure reconnaissance de la spécificité de la place du psychologue et de l'utilité de cette place pour le soutien aux équipes.

Le psychologue dans sa fonction de médiateur, doit se positionner de façon neutre vis-à-vis des médicaux et paramédicaux, afin d'éviter les conflits d'intérêts et les jeux d'influences. Cette posture neutre et bienveillante est nécessaire à son impartialité.

Cette place en « péri », lui est également nécessaire pour maintenir son rôle de garant de la subjectivité, préserver sa posture éthique et la déontologie qu'impose sa pratique.

(cette partie est agrémentée de nombreux autres arguments que je n'ai pas eu le temps de prendre en note mais que vous retrouverez dans le rapport du manifeste psy).

- Abrogation de « MonParcoursPsy » et nouvelle convention de remboursement :

Ce dispositif, rejeté par 93% des psychologues, a donné lieu à la création du Manifeste Psy ; en février 2021, il regroupait déjà 8600 psychologues adhérents.

Face à cette logique d'externalisation des soins vers le libéral, le boycott s'est mis en place et se poursuivra, principalement pour ces raisons :

- les psychologues refusent le non respect de leur code de déontologie ;
- le cadre de l'accompagnement proposé n'est pas adapté ;
- refus des critères d'inclusion/exclusion des patients :
- non sens d'une prise en charge limitée à 8 séances ;
- sauvegarde de la pluralité des approches ;
- autonomie des psychologues et de leur cadre (outil, durée, rémunération) ;
- incompatibilité d'une vision médicale sur la prise en charge du soin psychique ;
- défendre l'identité de la psychothérapie qui n'est pas un acte médical ;
- refus de l'auxiliarisation des psychologues sous l'égide paramédicale ;
- les libéraux n'ont pas vocation à palier les déficits du service public ;

- contre l'externalisation de l'offre de soin et une vision consumériste du soin psychique ;
- résister à la demande de « ré éducation rapide » du patient pour qu'il retourne travailler ;
- lutte contre un timing « Uber Psy » de 30 mn, associé à une rémunération dégradée (30€ sans dépassement possible) imposant la réception de patients à la chaîne (l'exemple des kinés est parlant à ce sujet) ;
- le temps FIR/DIRES est un temps de travail qui doit être rémunéré ;
- le code de déontologie du psychologue lui permet de fixer librement ses honoraires (qu'il adapte déjà aux ressources de son patient) ;
- défendre l'accès libre et direct au psychologue, c'est défendre également le droit au secret professionnel du patient (levé en cas de multiplicité des intervenants dans le cadre du « secret partagé » notamment lors des inscriptions dans le DMP (Dossier Médical Partagé)) ;
- Défendre le projet d'une autre convention de remboursement, construite avec les psychologues français.

➤ Cette nouvelle convention doit donc suivre certains principes fondamentaux :

- 1) simplifier l'accès et miser sur la collaboration déjà existante entre les différents praticiens
- 2) le respect du code de déontologie
- 3) reconnaissance d'un niveau de compétence (au moins) équivalent à celui des psychiatres en psychopathologie
- 4) éviter de pathologiser toutes les souffrances psychiques
- 5) libre choix du psychologue par le patient
- 6) respect du patient, de sa souffrance et de sa temporalité propre
- 7) respect de la confidentialité

- 8) autonomie du psychologue qui co construit avec son patient, le cadre de sa prise en charge et décide de ses outils.
- 9) avance des frais par le patient, à l'exception des plus démunis
- 10) possibilité de dépassement d'honoraires
- 11) accès possible à tous, sans limite d'âge ou sélection par symptôme
- 12) une convention tripartite : avec participation des mutuelles et création d'une caisse indépendante. Si les psychologues se retrouvent assimilés aux paramédicaux, n'étant plus affiliés à la Cipav, ils perdraient la possibilité du statut d'auto-entrepreneur.
- 13) Dans cette convention tripartite, la participation des mutuelles est fondamentale ; elle peut s'envisager par une forfaitisation des soins psychiques via un budget annuel alloué à chaque citoyen par les mutuelles.
- 14) Meilleur engagement du patient dans sa thérapie par l'avance des frais

➤ Une Réglementation de la Psychologie et de la Psychothérapie :

Mieux encadrer l'offre de soins psychiques pour protéger nos patients.

En veillant à une formation des professionnels et un cadre adéquats ; alerter sur les dangers d'un mésusage des techniques (savoir-faire) et des postures (savoir-être) et des effets délétères sur les patients.

Avec différents risques comme, notamment :

- l'induction de faux souvenirs par le pseudo-thérapeute, par ignorance ou malveillance, favorisée par une utilisation abusive de techniques, l'hypnose notamment.

Avec un nombre de plus en plus important de ces pseudo-thérapeutes auto-proclamés, sans formation valable, la MIVILUDES et l'association de victimes « alerte aux faux

souvenirs induits », évoquent une recrudescence des dommages directs et indirects sur les patients (voir rapport pour plus de détails).

- le risque de réveiller des souvenirs traumatiques, en dehors de tout cadre pour en contenir les conséquences, notamment les reviviscences après-coup chez le patient (cauchemars, flash back...), avec un risque suicidaire élevé entre autres.

Lorsque le thérapeute utilise ces techniques, il doit être en mesure de prévoir et d'accueillir ces effets délétères pour aider le patient à les gérer ; en premier lieu il faudra éviter de mettre la personne en danger. Il n'est pas donc juste question d'apprendre une technique mais aussi, et surtout, de pouvoir en maîtriser les effets.

- Risque de dépersonnalisation, ou de décompensation psychotique, suite à une séance de méditation de pleine conscience ; il faut envisager ces risques de décompensation, dissociation et réaction négative, c'est notre responsabilité au près de nos patients.
- Risque de re traumatisation, notamment avec l'outil EMDR ; les formations proposées par EMDR France et EMDR Europe sont encadrées mais il existe pléthore de techniques s'en inspirant, enseignées dans des centres de formation privés, fortement représentés sur internet et qui proposent des formation soit disant certifiantes en quelques semaines, voire quelques heures, sans sélection du public et sans rigueur dans l'évaluation.

Il faut sécuriser le cadre thérapeutique en réservant ces outils aux professionnels du soin psychique.

- Risque d'emprise psychique : on a pu observer des phénomènes d'appropriation et de domination de la psyché du patient, réduit à un objet de profit par des pseudo-thérapeute malveillants ; ce qui conduit à une augmentation des symptômes du patient et l'utilisation de ceux-ci pour l'assujettir au désir du thérapeute, parfois à des fins sexuelles (détournement pervers du cadre).

Il y a nécessité d'imposer dans la formation des psychothérapeutes, un questionnement sur le positionnement clinique et éthique (le cadre et les interdits, les mouvements transféro-contre-transférentiels...).

Le clinicien a, en effet, un devoir fondamental d'interroger ses propres mouvements psychiques, pour assainir son positionnement clinique.

Il y a donc une nécessité d'encadrer, « qui » on forme et « comment » on forme.

Il est également important d'agir sur toutes les appellations trompeuses des pseudo-thérapeutes, telles que « psycho-praticien », « coach », « thérapeute », « psycho-spécialiste » etc... créés volontairement pour contourner le cadre légal et tromper les usagers.

Ces arnaques viennent exploiter et augmenter la souffrance de personnes déjà fragilisées.

Notre société a glissé vers ce que Roland Gori nomme, une « *dérive vers une orthopédie sociale* »

Il faut faire entendre que la pratique d'une psychothérapie n'est pas un acte anodin et doit être encadrée ; en ce sens, il appartient aux pouvoirs publics d'encadrer les pratiques de soin dans notre pays.

Or, toutes les réformes actuelles découlent du rapport de la cour des comptes de 2019, jusqu'à la refonte du cursus de psychologie. Le ton donné est une logique fonctionnaliste, évaluative, ré éducatrice et gestionnaire.

Les psychologues deviennent des opérateurs techniques qui doivent redresser par neuromédiation dans le cadre d'une externalisation des services publics.

L'intersubjectivité doit rester au cœur de la posture clinique.

- Synthèse des propositions :

- Mise en place d'un Doctorat clinique en psychothérapie pour officialiser les compétences des cliniciens, souvent supérieures à celles des psychiatres en psychopathologie.
- Entrée des psychologues dans le Code de la Santé par un 4ème groupe : « Profession Péri-médicale » et un 5ème Livre (ou Livre 4 bis).
- Abrogation immédiate du dispositif « MonPsy » actuellement boycotté par 93% des psychologues français.
- Construction d'une prise en charge adaptée via une convention tripartite, dans le respect du code de déontologie des psychologues et de la spécificité de chaque patient.
- Indépendance de toute emprise hiérarchique par le corps médical.
- Reconnaissance, par les mutuelles, des soins exercés par les psychologues.
- Avance totale des frais par le patient, à l'exception des plus démunis.
- Possibilité de dépassement d'honoraires, selon la technique utilisée, en lien avec l'article 25 du code de déontologie du psychologue.
- Protéger les patients des dérives sectaires et/ou du mésusage des outils et techniques psychothérapeutiques, ainsi que de l'usurpation nébuleuse des fonctions et titres.
- Renforcer la garantie sur la qualité des formations proposées dans le champ de la psychothérapie ; exigence d'un référentiel national de la qualité de ces formations ; afin de protéger les usagers, comme les psychologues de toutes les dérives actuelles.