

LES CONSÉQUENCES DE LA RÉFORME DE LA LOI SUR LA PSYCHOTHÉRAPIE

DE M. ALAIN MARON

À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

Mme la présidente.- La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Je me doutais que, vu les conséquences encore floues du vote de cette loi hier soir, cette question allait susciter de multiples interventions.

Avant de répondre précisément à l'ensemble des questions, il me semble utile de contextualiser rapidement l'offre des services de santé mentale de la Commission communautaire française en vous livrant quelques chiffres. Nous pourrions ainsi élargir le débat et avoir les idées claires sur les conséquences éventuelles ou probables de la nouvelle loi.

Environ 40.000 personnes, familles ou enfants fréquentent annuellement nos 22 services de santé mentale à Bruxelles. Quelque 75% de la réponse thérapeutique est constituée d'entretiens, suivis, thérapies, et rééducations. En matière de réponse thérapeutique, les thérapies constituent globalement plus de 50% de l'offre de traitement, en fait de 30 à 70% selon les services concernés.

Quatre grandes formes de prestations sont habituellement présentées comme les plus courantes dans les services de santé mentale : les interventions individuelles, de couples, familiales ou parentales, et les interventions en réseaux. Les interventions individuelles sont de très loin les plus pratiquées et représentent plus de 70% des prestations, les proportions variant de 50 à 90% selon les équipes.

Un dernier chiffre, qui a toute son importance : on compte environ 200 équivalents temps plein dans les services de santé mentale pour 350 travailleurs. Nombreux sont en effet ceux qui combinent leur activité avec des prestations en hôpital ou en cabinet privé.

Même si ma réponse ne porte pas précisément sur ce point, je voudrais souligner que d'autres services agréés sont susceptibles d'être touchés. On a fait allusion aux maisons médicales, qui comptent dans leurs équipes des psychothérapeutes ou qui y font appel, mais on pourrait citer aussi les services ambulatoires, qui travaillent par exemple avec des toxicomanes. Bref, si les services de santé mentale sont sans doute les premiers concernés parmi ceux qui sont agréés par la Commission communautaire française, ils ne sont pas les seuls.

Ces quelques repères montrent notamment que les psychothérapies constituent une part importante de l'offre des services et que le nombre d'emplois en jeu est loin d'être négligeable.

J'en viens maintenant aux aspects réglementaires.

Dans votre interpellation, Monsieur Maron, mais d'autres y ont également fait allusion, vous évoquez la législation relative au non-marchand. En effet, l'arrêté 2009-724 est la dernière version des six annexes à l'arrêté relatif au non-marchand de 2001. Il s'agit de l'adaptation des textes législatifs à la réforme de Bologne, relative aux diplômes et qualifications requis pour exercer les missions de service public au sein des services ambulatoires.

Avant d'aborder votre question relative à la limitation des diplômes ouvrant le droit à l'exercice de psychothérapies, et donc aux qualifications de base des psychothérapeutes, je voudrais préciser ce qu'il en est de l'exercice de la fonction psychologique dans un service de santé mentale de la Commission communautaire française. En effet, notre objectif est aussi de déterminer les conséquences directes pour les services agréés par notre institution. Il s'agit certes de considérations quelque peu techniques, mais cette matière est relativement complexe.

Il convient d'abord de rappeler que la Commission communautaire française agréée, subventionnée et inspecte des asbl. Mais la Commission communautaire française n'est pas l'employeur des travailleurs agréés. L'asbl est le seul employeur. Et c'est l'employeur qui recrute, engage et surtout fixe le profil de fonction de son travailleur selon l'offre qu'il souhaite développer et les besoins de la population de son territoire d'activités. C'est évidemment dans ce cadre qu'apparaissent des différences entre les profils et les équipes et que la notion de multidisciplinarité prend tout son sens, en fonction des options choisies par le service de santé mentale.

Ainsi que certains parmi vous l'ont souligné, cet aspect constitue aussi la richesse de l'offre thérapeutique des services ambulatoires reconnus par la Commission communautaire française. Même si je ne suis pas une grande spécialiste en la matière, je suis absolument convaincue que la variété des types de psychothérapies - qui sont au nombre de quatre en l'occurrence - constitue effectivement une grande richesse. Pourtant, la seule psychothérapie d'orientation cognito-comportementale semble favorisée et devenir même pratiquement exclusive dans la loi de la ministre Maggie De Block, qui se base exclusivement sur l'évidence de la preuve.

Bien sûr, les services de santé mentale de la Commission communautaire française ne proposent pas, ou pas exclusivement, ce type d'offre. Les choix de ces services s'opèrent en fonction de la polyvalence et de la multidisciplinarité des équipes qui les constituent et des profils retenus pour exercer des fonctions précises, en ce compris les profils de psychothérapeutes.

Vous voyez ainsi - et je vous le confirme - que nos services de santé mentale peuvent décider de leurs orientations et participent ainsi à la richesse de l'offre disponible en permettant à chaque patient de trouver le type de psychothérapie qui lui convient le mieux et qui est d'ailleurs susceptible d'évoluer.

Depuis la réforme de Bologne, la fonction psychologique agréée en service de santé mentale doit répondre à l'obligation de disposer au minimum d'un équivalent temps plein (ETP) psychologue dans l'équipe pluridisciplinaire de base. Au-delà de cette obligation, cette fonction peut être exercée aussi par des diplômés en sociologie, criminologie, anthropologie, droit, logopédie, sciences politiques et sociales, psychomotricité et santé publique.

En fonction des projets spécifiques des services de santé mentale, ceux-ci peuvent orienter le recrutement de leur personnel pour exercer la fonction psychologique. Par exemple, pour les équipes pédopsychiatriques, pour les troubles de l'apprentissage, la tendance est au recrutement de logopèdes et de psychomotriciens ; pour les projets de santé

mentale communautaire, la tendance est au recrutement d'anthropologues ou de sociologues.

Nous n'avons pas encore assez d'éléments et de recul pour analyser toutes les conséquences de la loi De Block, mais si elle venait à restreindre drastiquement et définitivement la possibilité de recruter une diversité de diplômés d'autres formations universitaires, et si ces restrictions touchaient également, comme cela semble être le cas, à l'intervention financière de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) quant aux attestations de suivi de thérapies, cela mettrait en péril non seulement la logique de la pluridisciplinarité des pratiques professionnelles qui fait la richesse de ces équipes, mais provoquerait également une rapide pénurie de diplômés « autorisés ». Cet élément a évidemment été mis en avant dans la lettre ouverte qui a été largement diffusée.

La loi introduit une notion de pratiquants non autonomes, c'est-à-dire pouvant exercer sous une supervision régulière de la part de pratiquants autorisés et donc autonomes. Cela complexifie fortement le système. En outre, c'est injuste par rapport à une reconnaissance légitime de professionnels en matière de psychothérapie. Ceux-ci ne sont pas exclusivement des psycho-cliniciens, des psychiatres ou des orthopédagogues, qui sont les trois professions reconnues par la loi.

Il faut ajouter à ce constat que les universitaires ne sont pas les seuls à pratiquer des thérapies en services de santé mentale. Des gradués assistants sociaux, assistants psychiatres et autres gradués socio- et para-médicaux se sont volontairement formés à différents courants thérapeutiques : systémique, cognitivo-comportemental, psychodynamique ou encore humaniste. Ils font partie de l'offre globale thérapeutique des services.

Toucher à cette offre, c'est réduire les possibilités de réponse aux besoins nombreux et variés des patients bénéficiaires de nos services ambulatoires. Mon équipe tente d'analyser actuellement l'impact que cela pourrait avoir sur le paysage de la santé mentale en Commission communautaire française, mais il est certain que la connaissance des arrêtés d'exécution sera nécessaire afin de connaître les conséquences précises de cette loi. Avec le vote de la loi, nous disposons désormais d'orientations claires, mais pas encore suffisamment d'informations pour connaître ses impacts précis.

Vous posez également la question de la concertation. Je peux vous répondre qu'elle n'a pas eu lieu, ni avec la Commission communautaire française, ni avec les autres entités fédérées et ce, malgré leur demande. Nous avons d'ailleurs le sentiment que cette absence de concertation à cet égard était délibérée vu l'absence d'allusions dans le cadre de la CIM de la santé publique. Pourtant, cela aurait pu être le cas, si pas dans la CIM même, mais au moins dans les groupes de travail dont plusieurs auraient pu se saisir de cette réflexion.

Croyez bien que je le déplore. Nous avons découvert ce texte tardivement et presque incidemment, et ce n'est pas acceptable. Mon cabinet a pris des contacts avec d'autres cabinets concernés afin d'envisager quelle attitude adopter face à cette situation. Madame Persoons, ceci répond donc à votre demande de réaction commune.

Il est vrai qu'on a le sentiment que ce sont surtout les pratiques développées en Flandre qui sont confirmées. Ainsi, tant du côté bruxellois que wallon, il y a une négation de toute la pratique de cette approche développée par les services ambulatoires. À nouveau, nous avons beaucoup plus affaire à un système de proximité et de travail à des équipes pluridisciplinaires que ce n'est vraisemblablement le cas en Flandre.

Toutefois, cette évolution dans le bon sens ne pourra pas occulter les différents rapports publiés concernant l'état de nos prisons. En effet, dans son rapport du 31 mars 2016, le Comité anti-torture du Conseil de l'Europe nous explique que la délégation avait une nouvelle fois observé les conséquences néfastes qu'ont les grèves et autres mouvements sociaux du personnel pénitentiaire sur la vie quotidienne des détenus. Ils ont également constaté que « ces mouvements engendrent régulièrement la suppression ou l'interruption des visites et des activités, la limitation des soins de santé, l'interruption des transferts, mais également des épisodes de mauvais traitements parfois graves ».

Leur premier conseil fut donc de demander aux autorités d'assurer la mise en place d'un service garanti en milieu pénitentiaire, tout en respectant les droits et libertés du personnel pénitentier. Dans ce même rapport de 70 pages, on relate également les très mauvaises conditions de vie, d'hygiène et de sécurité dans la prison de Forest.

Madame la ministre, je comprends que la situation actuelle de nos prisons ne soit pas propice au bon fonctionnement des associations qui sont subventionnées par la Commission communautaire française et je sais que la majorité des éléments que je cite ne sont pas de votre ressort. Cela dit, je pense qu'il est temps de donner un signal fort au gouvernement fédéral contre lequel une plainte a été récemment déposée par la Ligue des droits de l'homme pour « traitements inhumains et dégradants par omission d'agir et pour non-assistance à personnes en danger ».

Il est en effet navrant de voir que cette apathie empêche la mise en œuvre des activités collectives d'aide psychosociale, culturelles, sportives, de formation ou de réinsertion en vue de préparer la sortie de prison.

L'année dernière, lors d'une intervention sur le même sujet, M. Didier Gosuin, qui répondait à votre place, avait mentionné qu'une évaluation des programmes en matière de promotion de la santé était en cours et que vous prévoyiez de dégager des perspectives politiques pour les besoins du territoire bruxellois en 2016.

Dans votre réponse, il était également mentionné que vous comptiez suggérer au ministre de la Justice, M. Geens, que celui-ci réunisse l'ensemble des acteurs autour de la table pour assurer une bonne coordination dans les politiques concernées.

Une collaboration avec les acteurs de terrain soutenus par la Commission communautaire française a-t-elle été menée durant la grève ? Dans l'affirmative, quelles sont les conclusions de cette collaboration ?

Vous estimiez qu'environ dix équivalents temps-plein soutenus par la Commission communautaire française étaient consacrés à des activités en milieu carcéral. Ce chiffre est-il toujours le même, malgré la difficulté ressentie par les associations à assurer les activités collectives ?

Qu'en est-il des pourparlers avec M. Geens pour la bonne coordination dans ce dossier, ainsi qu'afin d'éviter que ce type de situation se répète à l'avenir ?

Qu'en est-il des perspectives concernant le contenu des programmes en matière de promotion de la santé sur le territoire bruxellois pour 2016 ?

Dans la déclaration de politique générale de la Commission communautaire française, il est mentionné que le « Collège devra également soutenir le développement d'une offre de services adéquate aux besoins dans les prisons bruxelloises en collaboration avec le SPF Justice ». Pouvez-vous nous donner des détails sur l'état d'avancement de cette collaboration ?

Il y a quelques jours, la CIM s'est réunie pour la première fois. Il s'agit d'une grande avancée. Est-ce que cela s'est fait en coordination avec le niveau fédéral ? Qu'en est-il sorti des matières qui sont de votre ressort ?

Mme la présidente.- La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Au sein des services de la Commission communautaire française, les dix ETP qui interviennent dans les prisons le font dans le cadre de services agréés et travaillent principalement dans le cadre de la prévention. Il s'agit donc d'un travail de prévention. Tout ce qui touche aux soins proprement dits relève clairement du niveau fédéral.

Ces dix ETP, malgré la parenthèse préjudiciable pour les détenus liée à la grève, sont bien là et nous comptons bien continuer à les soutenir.

Le nouveau projet concerne la promotion de la santé. Il suppose, quant à lui, un nouveau financement qui sera proposé prochainement au collège. Il s'agit d'un projet pilote.

Concernant les études, j'ai fait allusion à deux études :

- celle qui a été ou va être lancée à la suite de l'appel à projets du KCE pour faire une comparaison avec ce qui se passe à l'étranger. Cette étude, qui peut déboucher sur un transfert de compétences au ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, risque de prendre encore un certain temps et c'est bien ce qui pose problème. En effet, si ça bouge de ce côté-là, il n'y a pas beaucoup d'avancée du côté du ministère de la Justice ;
- celle de l'université de Gand porte spécifiquement sur l'évaluation des points de contact et de coordination. Cette étude est en cours de finalisation et les résultats devraient être connus dans les mois à venir.

C'est bien pour cette raison que je parlais du court, du moyen et du long termes. Le moyen terme ne sera pas encore très confortable pour la première étude. Quant au court terme, il porte sur les actions qui ont repris et sur le nouveau projet pilote.