

La santé mentale un secteur fondamental qui doit être reconnu

Colloque organisé par le ministre de la santé publique, Bruxelles, 26 avril 2006

La formation du psychothérapeute par Francis Martens*

Comme l'a écrit lui-même monsieur le ministre Rudy Demotte, dans sa lettre d'invitation à cette rencontre, l'avant-projet de loi qu'il nous est donné de discuter ce jour est encore un «texte martyr», ouvert aux critiques et aux améliorations que nous pourrions lui suggérer. Il n'en est pas moins un document fondamental car déjà, d'une part, il prend acte de l'évolution des pratiques riches et complexes en matière de santé mentale et, de l'autre, il permet d'en protéger la spécificité et la qualité — gravement menacée aujourd'hui par des dérives plus soucieuse de rationalité administrative, de contrôle social et de profit immédiat, que de démocratie et de santé. A travers ce texte modeste, c'est ainsi de toute une conception de la vie en société qu'il est question en filigrane. D'un vivre ensemble où l'altérité — même étrange — n'est pas assimilée au non-sens ; d'un travail clinique où la souffrance psychique et ses manifestations — même violentes — ne sont pas confondues avec un pur désordre ; d'une conception de la santé individuelle inséparable de celle du «corps social» et d'un regard sur la guérison se refusant à la réduire à de la normalisation. De ce point de vue, ce texte législatif rencontre à sa façon l'enjeu le plus difficile de la démocratie : celui de la promotion conjointe de l'égalité et de la diversité. De plus, si l'on veut bien se déchausser de ses lunettes corporatistes, ce projet est soucieux d'épouser la réalité du terrain où conjointement — dans leur nécessaire différence — médecins généralistes, psychiatres, psychologues, sexologues, pédagogues, infirmiers, travailleurs sociaux, psychothérapeutes comportementaux, systémiciens, psychanalystes, ... , sont interpellés — en tant que citoyens — par ce que le malheur individuel vient énoncer de la misère collective. A cet égard, en tant qu'instance d'interpellation du politique, le projet de création d'un Conseil Supérieur de la Santé apparaît véritablement capital.

De même, la création d'un chapitre III — spécifique — sur les professions de la santé mentale, au sein de l'«Arrêté Royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé» répond bien à l'évolution des pratiques en la matière. C'est en août 2001 que cet «arrêté 78» — qui se rapportait depuis sa création, en novembre 1967, à l'«Art de guérir» — s'est vu rebaptisé. En 1967, même si techniquement tout avait déjà changé, c'est encore une sensibilité d'avant-guerre qui prévalait : celle où la personnalité, le tour de main, l'intuition, le statut symbolique de l'«homme de l'art», vient suppléer à son peu de technique réellement efficace. En réalité, sur plusieurs siècles, l'histoire de la médecine se confond surtout avec celle du placebo... Avec bien sûr de brillantes exceptions. Au XVIème siècle, par exemple, Ambroise Paré invente la technique de ligature des artères — ce qui sauve pas mal de monde. Fin XIXème, avec ses études sur la fonction glycogène du foie, Claude Bernard rend la médecine compatible avec les sciences expérimentales — mais ceci au prix d'une fiction nécessaire. Car l'«organisme», proche parent de l'«animal machine» engendré par le dualisme de Descartes, n'a rien à voir bien entendu avec un corps, ni avec un patient réel. Ce sont néanmoins les applications technologiques issues de cette fiction qui, de temps à autre, contribuent à nous sauver la vie. C'est ainsi qu'au cours du XXème siècle, la découverte des sulfamides, puis des antibiotiques, a confronté les vieux médecins à des guérisons impensables dans leur jeune âge. Le modèle de l'organisme, sa fragmentation en fonctions spécialisés, sa répercussion dans la division de l'hôpital — étage par étage — en services dotés des équipements appropriés, tout cela a donné naissance à une techno-médecine à

* Psychologue, anthropologue, psychanalyste, enseignant 3ème cycle (UCL, psychanalyse avec les enfants).. Président de l'Association des Psychologues Praticiens de Formation Psychoanalytique (APPPsy) ; président du Conseil d'Éthique de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'Université Catholique de Louvain (APSY-UCL) ; vice-président du Centre d'Appui Bruxellois pour l'Étude et le Traitement de la Délinquance Sexuelle (CAB).

l'efficacité inconcevable il y a peu. Avec l'oubli quelquefois de ce que la remise en fonction des organes n'a qu'un lointain rapport avec la vie du corps, encore moins avec les indissociables rapports entre sa face psychique et sa face somatique. Ainsi, la focalisation provisoire sur le fonctionnement des flux gouvernés par notre organe cardiaque, la *normalité* de leurs paramètres, l'état de la tuyauterie, sa dilatation éventuelle, est déterminante pour la restauration de notre *santé* — mais ceci pour autant, une fois la crise passée, que le stress généré par nos peines de cœur, nos angoisses infantiles, ou nos tensions professionnelles, donne à notre muscle cardiaque quelque répit. Ici interviennent pêle-mêle, au retour du service du cardiologie, le suivi par un bon généraliste, le recours éventuel à un psychiatre, à un thérapeute cognitivo-comportementaliste, voire même à un psychanalyste, à un syndicaliste avisé, une masseuse attentive, un assistant social performant, ... , sans oublier le changement concret de nos conditions de vie. Tout ceci pour rappeler que les prouesses de la techno-médecine, héritées de modèles expérimentaux, n'autorisent nullement l'exportation tous azimuts de ces modèles, encore moins leur imposition comme le seul modèle qui vaille. Or pourtant, là où l'ancien médecin de famille pouvait assumer à lui seul une multitude de fonctions – médecine, chirurgie, accouchement, thérapie de soutien – la pratique actuelle éclate en de multiples spécialités sous l'empire de fait du seul modèle techno-médical.

Dans l'«Arrêté Royal 78» de 1967, une architecture correspondant à la réalité d'avant-guerre inscrit encore toutes les pratiques de santé – y compris mentale – dans une arborescence enracinée dans l'ancien univers médical. On parlait alors d'«hygiène mentale»... Pratiquement, à ce moment, psychiatrie et dentisterie peuvent voisiner en bonne intelligence, car le dentiste ne prétend pas imposer ses codes au psychiatre... En 2001 par contre, si l'architecture du texte n'a pas bougé, le monde de la médecine et le monde tout-court ont, pour leur compte, fortement changé. Dans le cadre de la suprématie techno-médicale, sous la pression d'une idéologie gestionnaire et normalisante, le genre de critères d'évaluation employés en dentisterie se voit désormais pratiquement imposé à la psychiatrie. De son côté, le DSM-IV - un outil de classement non scientifique, façonné et diffusé par la psychiatrie américaine - annonce que les troubles mentaux (*disorders*, en anglais) sont des maladies comme les autres, qu'il faut dès lors il faut en scruter les signes cliniques et en programmer l'élimination thérapeutique selon des méthodes standardisées. Il est bien clair que, même dans le cas des dites «maladies comme les autres», ce schéma est déjà simpliste. Mais pratiquement, cela mène à ce qu'un psychiatre en hôpital qui ose perdre une heure à écouter un suicidaire, se voit disqualifié pour non rentabilité par rapport à celui qui se borne à remplir un questionnaire. Pire que cela, nombre de jeunes praticiens - tels de nouveaux marranes - se voient forcés pour caser l'article nécessaire à leur cursus de le traduire en un jargon pseudo-scientifique auquel ils ne croient nullement. De plus, dans les facultés de psychologie, il arrive qu'un diplômé sans expérience se voit engagé à un poste d'enseignement clinique, sur foi de ses seules publications dans des revues prestigieuses où la différence entre cohortes expérimentales de rats et groupes de patients humains n'est pas clairement établie. Pas étonnant, dans ce contexte, que certains chercheurs (quelques années après leurs collègues du Texas) se proposent de criminaliser préventivement les bambins turbulents précodés par le DSM. Aucun procès d'intention néanmoins dans mes propos. Les statistiques sont accessibles à tous. La consommation par les enfants de méthylphénidate (une drogue de la classe des amphétamines, mieux connue sous le nom de «Rilatine») est en progression accélérée dans tous les pays européens. Le méthylphénidate, pour mémoire, a d'abord été prescrit dans les écoles des ghettos noirs américains. On l'appelait alors «la pilule d'obéissance».

Pendant ce temps la terre ne cesse de tourner. Les prévisions épidémiologiques pour les années vingt annoncent la *dépression* comme seconde cause d'invalidité au monde, après les maladies cardiovasculaires. En Europe, au moment présent, la dépression est corrélée en premier avec la *solitude* (veuvage, rupture, célibat) et en second avec le *chômage*, lui-même générateur de ruptures. La dépression grave mène dans 15% au suicide. D'après le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours, directeur d'un laboratoire d'étude du travail et de l'action au CNAM (Paris), on assiste à un nombre croissant de suicides sur le lieu du travail — ce qui est totalement nouveau. Au plan thérapeutique, l'état dépressif invite les approches pharmacodynamique et psychothérapeutique à faire

alliance. Sans antidépresseurs, dans la forme aiguë, pas de psychothérapie qui tienne. En outre, si l'efficacité des molécules est parfaitement validée par des recherches expérimentales en milieu hospitalier pour ce qui a trait à la dépression grave, pour la dépression commune les molécules ne s'avèrent pas plus efficaces que le placebo... Voilà un de ces faits étranges et pas vraiment divulgués qui devrait obliger à tenir compte de la complexité des choses : à ne pas confondre trouble - *disorder* – et souffrance intime nourrie des violences de l'espace social. Mais revenons à nos moutons, en réalité jamais délaissés... Ouvrir un chapitre III spécifique, au sein de l'«Arrêté Royal 78», c'est tout simplement tenir compte de la réalité du terrain et de la complexité des choses. C'est permettre la mise en place de conditions de formation, d'organisation, d'évaluation, propres au secteur nécessairement diversifié de la santé mentale. C'est permettre sa complémentarité avec celui tout aussi essentiel de la techno-médecine. C'est donner au psychiatre une position d'interface gardienne de la complexité.

Face à de tels enjeux de santé publique et de société, il est dommage que certains collègues, qui n'en perçoivent pas l'urgence, soutiennent des positions adverses dont le but ultime – bien que non avoué – est de donner aux psychologues cliniciens un cadre technico-législatif permettant l'obtention de codes INAMI et le remboursement à l'acte dans la partie du pays qui en aura les moyens — ceci évidemment en tablant sur une scission de la sécurité sociale. Il serait tragique, alors que nous voilà confrontés à une problématique planétaire (pensez, par exemple, à l'augmentation spectaculaire des états-limites) de ne les aborder, une fois de plus, que par le bout communautaire de la lorgnette. Notez bien que, tout en pouvant comprendre cette tentation, je m'y oppose moi-même en tant que président d'un groupe de défense professionnelle non corporatiste, l'APPPsy (Association des Psychologues Praticiens de Formation Psychoanalytique) qui, sauf erreur de ma part, s'avère aussi – et de loin – le groupe le plus nombreux de psychologues cliniciens du pays (à ce jour, 276 membres en ordre de cotisation). Je voudrais conclure en rappelant que la santé mentale, plus encore que la santé tout court, est inséparable d'une conception du monde et dès lors de sa mise en œuvre politique. Légiférer en la matière oblige à se situer du côté de la santé ou de la normalité, de la souffrance intime ou du trouble comportemental, de la signification ou de la simple statistique. Non pas qu'il faille éliminer une de ces deux approches mais qu'il serait toxique de les mettre sur le même pied ou, pire, de privilégier la seconde. C'est pourtant la tendance croissante du «marché». Pour pallier cette dérive mercantile et tenir compte de la spécificité du champ, une loi sur l'exercice des professions de la santé mentale devrait, je le rappelle, prendre en compte les points suivants :

1° - une spécificité reconnue en matière d'organisation, de formation et d'évaluation dans le domaine des pratiques en santé mentale, plutôt que leur rabattement sur le modèle techno-médical, comme c'est le cas actuellement. La création d'un Conseil Supérieur de la Santé Mentale serait, dans cette perspective, on ne peut plus utile

2° - une pluralité de chemins possibles – diplômes, formations, passerelles - pour accéder à l'exercice d'une profession où «l'homme est le remède de l'homme», selon le proverbe wolof. La diversité des parcours s'accorde à la nature même du champ de la santé mentale, étranger à toute standardisation de l'existence

3° - une formation humaine personnelle en sus des apprentissages théorico-pratiques, si l'on veut devenir psychothérapeute : ceci, afin de prendre du recul par rapport à ses propres motivations, d'arriver à consentir à ne pas imposer ses modèles, et de pouvoir supporter - sans trop de fermeture défensive - les manifestations les plus angoissantes de la souffrance psychique.

Tout ce qui précède pour souligner qu'en matière d'exercice des professions de la santé mentale, les études - au sens académique du terme - ne suffisent pas, et qu'il importe de laisser un large champ à la pluralité de formations. Mais bien évidemment, si en matière de psychothérapie la formation humaine personnelle est une condition nécessaire et la pluralité des parcours un enrichissement, ce n'est pas

pour autant suffisant. Tout psychothérapeute se devrait d'avoir une excellente culture générale qui le rende apte à décoder le monde où lui et ses patients évoluent. En outre, si ses études ne lui ont apporté aucune connaissance anthropologique, psychologique, psychopathologique, psychophysiologique, de base, ni donné l'occasion de côtoyer la réalité des pathologies graves, il faut que ces lacunes soient comblées. Pour l'essentiel, l'avant-projet que nous propose le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales me semble répondre à ces exigences conjointes de pluralité des chemins et de qualité des formations. Il nécessite certes quelques aménagements, tout particulièrement l'adjonction d'un collège des psychiatres. Mais, contrairement au DSM, il ne prête en rien à la médicalisation de la souffrance sociale et s'accorde plutôt à la vieille définition par Freud de la santé psychique : «Être capable d'aimer et de travailler». Pouvoir s'inscrire, autrement dit, chacune et chacun à sa façon, dans des réseaux d'échanges économiques, créatifs, sexuels, langagiers.