

Paramédicaliser les psychologues ? Une illusion, une erreur ...

De Jean-Pierre Leblanc

Les psychologues, sont de temps à autres l'objet d'annonces intempestives, au sujet de modifications de leur rôle et de leurs compétences. Elles sont énoncées publiquement, souvent par des hommes politiques, sans que la moindre concertation avec leurs organisations professionnelles n'ait eu lieu, ni même que la moindre information leur en soit délivrée.

L'exemple le plus éclatant de cette regrettable tendance, a été donné il y a quelques mois par un homme politique qui n'est pas des moindres : dans son entretien de début septembre avec le Youtubeur HugoDécrypte, le Président de la République a évoqué les problèmes du secteur de la santé mentale dans notre pays. Le manque grave de soignants qui y règne, l'a conduit à énoncer son vœu de former davantage de médecins psychiatres dans les dix ans à venir. Sur la suggestion insistante d'HugoDécrypte, il a concédé du bout des lèvres que le recours aux psychologues cliniciens pouvait être un des moyens de pallier cette insuffisance, au moins sur le plan des soins psychiques non médicamenteux. Il a alors évoqué l'expérimentation « Monpsy » comme étant un exemple encourageant selon lui à ce titre, laquelle institue la paramédicalisation des psychologues cliniciens.

Affirmations inexactes...

Voulant préciser sa vision des choses, le Président a alors affirmé de manière impérative que l'exercice des psychologues pour des soins remboursés par les CPAM devait être en effet soumis à prescription médicale. Il a martelé, gestes de la main à l'appui, « qu'ils sont des paramédicaux ». Or, la réponse écrite à monsieur Macron du collectif la « Convergence des psychologues en lutte » l'explique avec précision, c'est tout à fait inexact.

Comme l'indique ce texte, les psychologues ne font pas partie de la liste des professionnels de santé auxiliaires médicaux arrêtée par le Code de Santé Publique. Ils ne peuvent et, surtout, ne veulent pas y être inclus. Issus des facultés de « Sciences Humaines », leur formation n'est ni médicale ni paramédicale. Leur objet est la subjectivité humaine, son irréductible singularité, incluant ses dimensions souffrantes et pathologiques. Leur champ est voisin mais distinct de celui des soins médicalement circonscrits. L'expérimentation « Monpsy » citée comme exemple par le Président comme une forme de paramédicalisation possible, nie cette distinction : elle impose un encadrement surmédicalisé aux psychologues, d'une étroitesse contraignante jamais vue jusqu'alors dans ce secteur, ainsi qu'un nombre de séances très limité ! Ils n'y ont même pas cette possibilité qu'ont les professionnels de santé auxiliaires médicaux de prolonger et moduler une prescription sans repasser par un médecin.

Les psychologues sont formés hors de la faculté de médecine et de ses satellites. Ils pâtissent pour cela d'une forme d'ignorance entretenue de leurs compétences, de la part de certaines instances de la Santé et du soin, portées à croire qu'elles sont détentrices des savoirs de référence et de garantie en la matière. Rien de sérieux ne peut émaner pour elles hors des séraills sanctuarisés dont elles sont issues, et certainement pas des facultés de Sciences humaines ! Pour preuve de cette défiance, la rumeur d'un projet du ministère d'imposer aux psychologues une sixième année d'étude « maison », axée sur les problématiques de santé...

qui permettrait de les intégrer comme auxiliaires médicaux ! Circule également une autre rumeur : devant l'échec nié mais réel de « Monpsy » (93% des psychologues refusent d'en faire partie), le ministère envisagerait de confier à des IPA (Infirmiers de Pratique Avancée) une part de la mission dévolue aux psychologues dans l'expérimentation « Monpsy ». Bonne idée, mais ce ne peut être confondu avec un travail psychothérapique : « soutien psychologique infirmier » pourrait être l'intitulé qui conviendrait à ce « pack de remise en forme psychique » des 8 séances actuelles de « Monpsy ».

Arithmétique présidentielle exacte mais trompeuse...

Monsieur Macron justifie ensuite l'intégration des psychologues aux professionnels « paramédicaux », par le fait que les psychiatres font dix ans d'études et les psychologues cinq. Deux fois plus ! Ils en sauraient donc évidemment bien davantage, et leurs diagnostics ne peuvent qu'être inauguraux à toute intervention...

On est sidéré devant le simplisme de l'argument. Tout au plus peut-on d'abord préciser que certaines universités étalent leur cursus sur six ans, ou bien que des étudiants le font eux-mêmes. De même, de plus en plus de psychologues se lancent dans des D.U ou des cursus de doctorants après leur Master 2. Une organisation syndicale souhaite d'ailleurs la mise en place d'un « doctorat professionnel »...

Mais oui, dix ans d'études certes... qui garantissent surtout que les psychiatres sont aussi formés en médecine somatique. Car sur ces 10 ans, seulement 4 sont dédiés à leur formation psychiatrique initiale. Les 6 autres années sont consacrées exclusivement aux disciplines biomédicales, tronc commun à toute spécialité. Ce n'est pas le cœur de leur objet, même si les études biomédicales délivrent les connaissances biologiques indispensables à la prescription de soins médicamenteux et au repérage de certains syndromes rares, ayant une traduction psychique. Les cinq ou six ans de formation initiale des psychologues sont en revanche entièrement dédiés à leur exercice futur. Au passage, on peut noter qu'il existe dans cette formation une dimension mal connue : durant leur cursus, ils acquièrent de manière significative et fine la connaissance des éléments biologiques fondamentaux du fonctionnement et de la structure des systèmes cérébral, nerveux, endocrinien, ainsi que celui des mécanismes d'actions neurochimiques des principaux psychotropes. Ils en parlent peu car ce n'est pas leur objet.

De plus, leurs études comportent un nombre d'heures d'enseignement de la psychopathologie supérieur à celui des psychiatres. Il est maintenant avéré et notoire que les psychologues cliniciens reçoivent une formation plus approfondie que les internes en psychiatrie sur le plan de la psychopathologie, et une sensibilisation plus grande aux différentes approches psychothérapiques. Ils ont aussi la capacité clinique d'opérer un diagnostic fin des troubles qu'ils rencontrent.

Les psychiatres, qui sont médecins et prescripteurs, savent utiliser des traitements médicamenteux ou spécifiquement médicaux (rTMS, sismothérapie), qui sont indispensables dans des pathologies graves ; Ils savent assurer leur mise en œuvre avec leur patient, soutenir et conseiller ceux-ci, encadrer l'activité paramédicale. Ils facilitent la fonction psychothérapique. L'acte de nomination diagnostique de la maladie psychiatrique qui permet à l'assurance maladie d'en financer le traitement (hospitalisations, cures diverses), ainsi que

celui d'ordre médico-légal sont, dans les montages institutionnels actuels, leur apanage. Tout cela définit une responsabilité des plus conséquente... Elle ne justifie pas pour autant la négation de celle des psychologues qu'a défendue monsieur Macron.

Le champ d'activité des psychologues cliniciens se définit par la pratique des psychothérapies, des consultations qui participent à l'élaboration du diagnostic, ainsi que par l'accompagnement clinique des équipes de soins, et la formation des soignants. Ce sont les registres où ils ont un rôle direct dans le « soin » en santé mentale, car n'étant pas médecins, ils ne sont pas prescripteurs de médicaments psychotropes, d'hospitalisations ou de cures, même s'ils peuvent être moteurs dans ces indications.

L'amendement de loi Accoyer de 2004 a d'ailleurs reconnu aux psychologues cliniciens le droit de porter d'emblée le titre de « psychothérapeute ». Un numéro ADELI leur est attribué par la HAS, attestant de leur inscription sur une liste de professionnels autorisés à pratiquer des psychothérapies auprès du public. Seuls les psychiatres et les psychologues cliniciens bénéficient de cette autorisation directe, à partir de la possession de leur titre. Les médecins non psychiatres doivent faire une formation complémentaire, ou établir un dossier soumis à étude. Le vœu de paramédicaliser les psychologues est contraire et incohérent avec cette loi.

Ce d'autant plus que la formation actuelle des jeunes psychiatres est de plus en plus orientée vers une psychiatrie biomédicale, neurologique et adaptative. Elle s'appuie sur des symptomatologies objectivées et des réponses normées, médicamenteuses et socio-adaptatives. Elle les éloigne des singularités subjectives des sujets en souffrance psychique. De même, elle les détourne insidieusement de la question proprement humaine du sens des processus psychiques sous-jacents aux manifestations symptomatiques pathologiques. La pratique psychothérapique leur paraît moins de leur ressort, l'essentiel étant pour eux leur fonction de prescripteurs. Heureusement, il en existe de nombreux qui restent orientés vers les complexités psychopathologiques subjectives et singulières, dont les ressorts sont toujours à élaborer au « un par un ». La collaboration entre eux et les psychologues est féconde et intéressante, comme le souligne le texte de la « convergence ». Ce d'autant plus dans les hôpitaux psychiatriques, où l'essentiel des psychothérapies est assuré par les psychologues cliniciens, en raison aussi du manque de psychiatres. Ils le font avec une autonomie de choix d'exercice et de responsabilité propres, qui leur est réglementairement reconnue par la circulaire de 1985 (dernière version en 2012) en tant que « cadres A ». Leur statut conduit à ce que les modalités de leur pratique ne peuvent leur être imposées par un médecin. Ils reçoivent, en libéral ou en institution, des patients qui ont des problèmes sérieux, lourds, qui peuvent bénéficier aussi de traitements médicamenteux, loin des « troubles légers à modérés » que leur a réservé l'usine à gaz éthérée de « Monpsy ».

L'inexactitude des propos du Président concernant la paramédicalisation des psychologues est avérée, tant sur le plan juridique et sur celui des réalités d'exercice. Or nombreux sont ceux qui pensent malgré cela, que le refus des psychologues d'être assimilés à des auxiliaires médicaux est une affaire de « prestige », de reconnaissance de leur statut, voire de rémunération.

Il reste donc un enjeu de taille, qui est essentiel : tenter d'explicitier en quoi cette assimilation paramédicale irait contre les objectifs qu'elle prétend atteindre quant aux soins

psychiques. Ses effets pourraient même être délétères, en empêchant les ressorts de l'acte psychothérapique de jouer concrètement leur rôle, ce qui ne peut que nuire aux patients. C'est la raison du refus par les psychologues de cette mesure. Elle compliquerait, voire dénaturerait l'accomplissement de leur tâche.

Distinction des champs, différence des registres d'intervention...

Pour montrer cela, il faut d'abord poser une donnée de grande importance, qui concrétise de facto la distinction existante entre le champ des psychothérapies et le champ strictement médical : ni les études médicales en psychiatrie, ni les études de psychologie ne donnent une capacité autre que simplement légale à exercer des psychothérapies. C'est une faiblesse de la loi Accoyer de ne pas avoir indiqué cela.

L'aptitude réelle à conduire une psychothérapie pour un praticien médecin ou psychologue, ne peut provenir que d'une expérience, d'abord personnelle, en s'étant formé en se soumettant lui-même à un travail psychothérapique approfondi, dans une pratique d'orientation choisie. Cela se fait auprès d'un autre praticien formé, connu comme expérimenté. Il est souhaitable que celui-ci soit en lien avec une école ou une association précise, publiquement reconnue. Il n'est pas nécessaire qu'il soit psychologue ou médecin de formation, mais sa compétence clinique dans son orientation de travail doit être établie et notoire. Il doit satisfaire aux exigences Accoyer (formation en psychopathologie complémentaire) en termes d'acquisition des connaissances cliniques préalables à l'exercice de son art, s'il n'est ni psychiatre ni psychologue clinicien.

Car la formation initiale en psychiatrie ou en psychologie clinique sert à délivrer la connaissance des processus mentaux et psychiques normaux et pathologiques. Préalable indispensable pour conduire des psychothérapies qui les prennent en compte, mais qui n'est en aucun cas suffisant. Ne se fier qu'au titre universitaire de médecine ou de psychologie, ou à des formations du même registre pour se sentir autorisé à pratiquer des psychothérapies, comporte un risque : celui de mettre des patients dans des impasses qui les maltraiteront ou qui aggraveront leurs troubles, ou bien qui les détourneront de cette aide. C'est d'autant plus vrai dans l'exercice libéral, qui est solitaire. Seul l'exercice institutionnel, par la présence d'une équipe, peut fournir les appuis et le contrôle nécessaires à un exercice débutant.

De plus, la pratique de la psychothérapie exige aussi d'avoir régulièrement recours à la « supervision », au « contrôle », même une fois formé. Les complexités cliniques et relationnelles sont constamment au cœur du procès psychothérapique, y compris du côté du praticien. Elles peuvent biaiser les repérages diagnostiques et l'accompagnement du patient. Pour cette raison, elles demandent à être analysées et repérées. La supervision sert à cela, et n'a rien à voir avec le « contrôle » d'un prescripteur. Elle s'effectue auprès d'un praticien reconnu expérimenté, sans lien hiérarchique avec qui y a recours. C'est une condition essentielle à l'efficacité du processus.

Autre donnée d'importance quant à cette distinction des champs : la pratique des psychothérapies engage des enjeux différents de ceux propres aux soins fonctionnels et rééducatifs prescrits aux professionnels de santé. Ceux-ci sont circonscrits à une localisation anatomique ou à une dimension fonctionnelle et « adaptative » précise. L'intervention est segmentée et objectivée, et vise à la réduction symptomatique, même si la subjectivité est

présente dans le rapport du sujet à son symptôme. La portée du processus psychothérapique est « au-delà » de la seule disparition du symptôme. Elle concerne le champ entier de la subjectivité du patient et de sa vie psychique : il consulte parce qu'il souffre, il ne se comprend plus. Il éprouve douloureusement son symptôme comme l'empêchant d'être lui-même et son mal être l'affecte tout entier.

Car dans la réalité psychique, le symptôme n'est pas un phénomène extérieur à la personne. C'est le cas de celui produit par l'agent infectieux d'une maladie somatique ou par une lésion d'organe, auxquelles peuvent correspondre une rééducation ou un soin ciblé, objectivés. Dans la vie psychique, il fait au contraire partie d'elle, de sa subjectivité. Il est vécu avec angoisse, car paradoxalement éprouvé par la personne comme étranger à elle-même, en même temps qu'émanant de son plus intime. Ses ressorts lui sont énigmatiques, méconnus. Le « traitement » du symptôme psychique n'est donc pas dissociable de l'enjeu existentiel singulier qui lui est lié, à la différence d'un problème médical. La personne entière en est touchée, altérée jusque dans ses repères les plus intimes, voire dans ses liens à autrui. L'implication active du sujet dans son travail psychothérapique est alors essentielle, car rien ne peut y opérer sans qu'il y engage sa singularité propre, sans qu'il choisisse d'aller à la rencontre de ce qui en lui, fait problème. Le savoir-faire du clinicien est de faciliter ce mouvement chez son patient. Le « work in progress » d'une psychothérapie ne s'oriente ainsi qu'au « un par un », dans un travail où le patient est aux premières loges pour exprimer et élaborer son mal-être. C'est le sujet, sa réalité psychique et subjective singulière, qui sont alors au cœur de l'affaire. Pas simplement une fonction à traiter. Là, la pratique psychothérapique se sépare du soin médical.

Un lien essentiel et choisi, une rencontre...

Le travail psychothérapique opère dans un lien engagé au psychothérapeute, dans une rencontre, sans laquelle rien n'est possible. Elle s'initie dans le mouvement d'une demande qu'adresse le sujet qui souffre à un autre qu'il appelle à l'aide, pour reprendre pied dans le mouvement de sa vie. Celui qui reçoit cette demande y répond en engageant sa responsabilité et son désir.

Ce travail commence quand le sujet suppose au psychothérapeute à qui il se confie d'en savoir plus long que lui sur lui-même. Celui-ci prend, pour un temps, une place d'autre quasi tutélaire, détenteur pour la personne d'un savoir sur la part inquiétante, énigmatique et souffrante d'elle-même. Investi de ce pouvoir de savoir au plus intime, le thérapeute suscite une confiance sur laquelle le patient peut s'appuyer pour approcher progressivement de ce qui, en lui, l'encombre et l'effraie. C'est de sa formation personnelle que le clinicien tire la capacité de mettre ce pouvoir au service du travail de son patient, sans l'utiliser à des fins propres, qu'elles soient d'idéal de normalité ou de conformités doctrinales. C'est grâce à ce « vertueux détachement » que la personne peut se séparer du thérapeute à la fin de son travail...

C'est dire la responsabilité du psychothérapeute, dans ce processus où deux liens se nouent : le lien de confiance du sujet au thérapeute, et le lien qu'entretient le sujet avec la part souffrante et énigmatique de lui-même. Son lien au thérapeute lui devient le support d'une plus grande présence à lui-même, d'une ouverture à son for intime, dont la part symptomatique, souffrante et méconnue peut être ainsi explorée, reconnue, parlée. À cause

de cette « adresse » orientée, soutenue ou non par des médiations particulières, peuvent surgir des émergences nouvelles, qui aident le sujet à se déplacer des fixations pathologiques dont il souffre. Il peut s'en détacher en les nommant, et à partir de cela, inventer une manière de vivre plus satisfaisante pour lui. Dans certaines pathologies graves, il peut y trouver l'appui régulier qui lui permet de composer avec ce qui s'impose à lui et qui ne peut changer.

Une responsabilité et un désir propres, moteurs du processus...

Les interventions du thérapeute, sa conduite du travail avec un patient ne peuvent être modélisées, normées. Leur pertinence ne doit qu'à leur ajustement au cheminement singulier du patient. Elles opèrent dans le décours des séances, en écho aux émergences subjectives presque toujours inédites qui s'actent dans l'instant. La surprise, l'imprévu sont toujours au rendez-vous. La manière d'y réagir et d'aider le sujet à en considérer la portée ne peuvent absolument pas être contrôlés en extériorité à la situation. A l'exemple d'un homme ou d'une femme, dont la vie amoureuse et sexuelle est un champ de ruines : au fil des séances avec le psychologue, ils retrouvent, avec beaucoup d'angoisse, des bribes de souvenirs, d'émotions, d'images d'une agression subie dans l'enfance et écartée de leur conscience. Ils sont alors dans un grand désarroi. Or ces « émergences » ne s'anticipent pas. Elles étaient insoupçonnables au moment des premières consultations : car hors du souvenir, cachées derrière un « tableau clinique » de « syndrome anxio-dépressif » dira-t-on en jargon médico-psychologique. Et puis, au décours des séances, elles surgissent. Et tout devient alors différent.

Il faut alors accepter sans réserve la responsabilité d'avoir participé de leur surgissement, sous peine d'un lâchage nocif pour le patient. Cette acceptation naît du désir et de la prise de responsabilité du thérapeute, qui ne peut lui être dictée de l'extérieur. C'est cela qui ouvre un chemin pour le patient au cœur du lien psychothérapique : l'engagement propre de son thérapeute lui fait éprouver comme possibles l'approche de cette part inquiétante de lui-même, ainsi que son dépassement. Activement accompagné, il pourra l'explorer et travailler à en réduire la dimension pathologique, inventer sa manière de l'inclure dans le mouvement de sa vie. Cela le temps qu'il faudra. Si le thérapeute ne se sent pas compétent pour ce travail, et seulement dans ce cas, il est tout à fait souhaitable, après l'avoir reconnu auprès de son patient, de réadresser le sujet. Mais pas au psychiatre patenté... à un psychothérapeute capable sûrement, psychiatre ou non.

Les interventions du praticien ne peuvent émaner que d'une décision qui est de son ressort propre. Elles s'actent au moment choisi, en rapport avec ce que son patient apporte de « singulier » en séance. Elles sont telles des « inventions » averties, souvent inédites elles aussi, qui naissent de son autonomie de jugement. Ce sont des actes qui concentrent dans l'instant de leur accomplissement son savoir, son expérience, la prise en compte du savoir du patient sur lui-même, sa responsabilité et son désir de travail.

La paramédicalisation, en raison de la dépendance décisionnelle qu'elle inclut, contreviendrait à ce mouvement d'inventions et d'initiatives ajustées à la singularité du travail psychique du sujet. Elles seraient freinées par un cadre dont des aspects majeurs pourraient dépendre de l'avis d'un médecin (poursuite ou arrêt, réadressage, etc.). Retenu dans ses initiatives ou sa capacité de décision, l'acuité des interventions du praticien risque de s'arser

vers une observance soumise et prudente des standards. Le patient y perdra l'inventivité audacieuse qu'exige cette pratique, que seule une responsabilité reconnue autorise. Comment peut-on croire qu'il est possible d'aider quelqu'un à aller mieux, à être lui-même en devenant davantage responsable de son existence, sans que celui qui assure cette aide aie la capacité reconnue d'une vraie responsabilité ? Elle inclut une véritable autonomie d'acte et de jugement. La paramédicalisation des psychologues est ainsi une mesure irréaliste, une fausse garantie, qui est néfaste aux ressorts du processus psychothérapeutique.

A titre d'exemple, elle pourrait très concrètement contrarier les ajustements liés à la temporalité particulière du travail, qui ne peut pourtant être standardisée. Une durée de prescription limitée soumise à une consultation médicale de renouvellement, peut obliger à suspendre la psychothérapie dans un moment délicat ou fécond, le temps de ce renouvellement.

De même, la paramédicalisation peut conduire à des procédés qui dénaturent la visée psychothérapeutique : le travail psychique d'un sujet lui appartient d'abord, au sens où il est devenu une part de lui-même et de son histoire intime. Pour cette raison, on ne peut en disposer et en faire circuler les données d'un praticien à un autre, sauf très sérieux motifs et accord du patient. Le psychologue clinicien, en raison de ce dont il est dépositaire, n'a pas à rendre compte (sauf circonstances exceptionnelles ou exercice institutionnel) à un médecin de la conduite de la psychothérapie, dont l'enjeu dépasse la compétence de celui-ci. Car, hormis dans une supervision consentie, aucune indication extérieure ne peut en influencer l'orientation et le mouvement : in fine, c'est le patient qui serait dépossédé du dynamisme de son travail, de ce qui fait sens pour lui, seuls vrais moteurs et enjeux du processus. C'est un point essentiel : le mouvement et l'issue du travail doivent demeurer l'acte du sujet, et n'être en aucun cas subordonnés à un modèle normé de guérison ou de mieux être dicté de l'extérieur.

Cette dimension de subjectivation singulière est une spécificité du champ des psychothérapies. Il se distingue là aussi du champ médical.

De plus, en cas de paramédicalisation, le risque d'un non-respect du secret essentiel à toute psychothérapie serait constant. S'il ne veut pas être une marionnette, le médecin prescripteur pourrait se sentir en droit de demander à une personne d'évoquer des choses abordées dans ses séances, pour évaluer la « prestation de santé » dont il a délivré l'ordonnance. Il y a un risque de réduction du travail psychique du sujet à un soin biomédical habituel. Pratique désobjectivante, qui peut affecter la personne dont l'intimité se trouve « publiée », au rebours de ce que vise une psychothérapie. Sans compter la dissonance problématique qui existerait entre la confiance qu'a donné le patient à son psychothérapeute à propos d'éléments essentiels de sa vie psychique intime, et le caractère contraint et « minoré » de l'exercice de celui-ci. Une « minoration » qui pourrait rejaillir sur le sujet. Le danger de tout cela est une dissolution insidieuse mais réelle de ce que la réalité psychique et le soin psychique ont de spécifiques, au profit d'une logique de médecine technique normée et objectivée. Ce faisant, le soin psychique y perdra son âme, c'est-à-dire son humanité.

Les psychologues cliniciens sont dans l'évolution sociale des pratiques d'aides et de soins la première fonction clinique non médicale. Admettre cette réalité peut participer à dessiner un espace d'aide psychologique articulé, mais non réduit au champ biomédical : tel un « au-delà », ouvert sur la réalité psychique et la subjectivité humaine, qui n'appartiennent

pas au champ de la médecine et inversement. Une articulation, qui permet un lien de travail sans la confusion ou la subordination de l'un à l'autre qui écrase la différenciation, dégradant avec elle la prise en compte de la singularité du sujet humain comme visée éthique ultime.

La « Convergence des psychologues en lutte » l'a rappelé : l'OMS a démedicalisé et dépsychiatrisé la Santé Mentale dans sa définition de ce terme. Il s'agit là d'un enjeu de civilisation. Ni plus ni moins. Les psychologues cliniciens ne sont pas des agents d'adaptations normées, fussent-elles défendues par des orientations de politique de santé. Ce n'est pas l'ensemble des médecins qui défendent ces enjeux réducteurs. Très nombreux sont parmi eux des cliniciens rompus à l'abord des complexités singulières, respectueux de qui en partage l'approche sur d'autres registres. Ce qui fait problème, ce sont les montages des appareils de la Santé. Ils véhiculent des conceptions de plus en plus étroites et contraintes des secteurs d'activités soignantes, ainsi qu'à l'égard des rôles des différents praticiens qui y interviennent et de leurs liens. Sous couvert d'une pseudo rationalité qui se prétend appendue à la science dont elle n'est que la grimace, ce sont des enjeux « d'optimisations » économiques et chiffrables qui s'imposent. L'activité d'évaluation au sens le plus restreint du terme l'emporte sur le soin. Cela avec un aveuglement en grande partie lié au fait que les concepteurs de ces montages sont loin de toute pratique clinique et soignante. Ils ont perdu le contact avec ces réalités humaines et souffrantes. La paramédicalisation évoquée des psychologues en est un effet. Elle doit être refusée avec la dernière énergie, sans concession aucune.

Pas sans les psychologues...

Il y a quelque chose à inventer pour permettre un accès remboursé à certaines consultations psychothérapeutiques. Créer de nouveaux postes de psychologues dans des centres publics de consultations médico-psychologiques, où un an d'attente est parfois nécessaire pour obtenir un rendez-vous, est une urgence à cet égard. Pour d'autres mesures éventuelles, les psychologues sont prêts à travailler avec les instances dont relèvent ces problèmes. Mais pas avec cette ignorance inacceptable dont ils sont jusqu'alors l'objet, jamais rencontrée à ce point. Elle confine au mépris, avec lequel l'administration ou certains politiques les traitent : des décisions sont prises qui touchent à leur profession, leur statut, des projets les incluant esquissés ou mis en œuvre sans qu'aucune consultation des organisations professionnelles, sans qu'aucun contact ne soient recherchés avec elles quant à leur pertinence ou leur faisabilité. En faisant ainsi, les décideurs de la Santé créent un ressentiment de défiance, de discrédit et de colère.

Rien de bon concernant la pratique des psychologues cliniciens, et surtout l'aide qu'ils peuvent apporter au public, ne peut se concevoir sans eux. Leur refus massif du dispositif « monpsy », qui l'a conduit à l'échec, le prouve.

Jean-Pierre Leblanc
Psychologue clinicien,
Angers, Janvier 2024.