

Nouvelles politiques en Santé Mentale : pourquoi résister ?

Un exposé-débat adressé aux travailleurs concernés par les questions et les pratiques liées à la Santé Mentale

Argumentaire

Nous assistons à des mutations sans précédent dans le champ de la santé mentale : nouvelle loi sur les professions de soins en santé mentale réglementant la psychologie clinique et la psychothérapie, rapport du KCE (Centre d'expertise fédéral) proposant « un modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques », imposition de l'Evidence Based Practice pour nous orienter dans nos pratiques, modification de l'Arrêté 78, mise en place d'un dossier électronique, remise en cause du secret professionnel...

Cette évolution aura des effets radicaux sur nos pratiques cliniques.

Ces transformations dictées à l'évidence par une logique de marché ne risquent-elles pas de détruire nos métiers de la parole, de la relation du soin psycho-médico-social et l'éthique qui les sous-tendent et d'accélérer les inégalités par une exclusion de certains publics, par la destruction du lien social ?

L'influence grandissante du management et ses impératifs de performance, d'optimisation, d'efficacité, de concurrence et de rentabilité imposés par la politique moderne à notre champ instaurent un nouveau rapport à l'humain et à sa subjectivité. Les professionnels de notre champ ne sont-ils pas dès lors assignés par ces nouveaux paradigmes de marchandisation de la santé mentale, à servir l'économie de marché en devenant des agents d'activation, de normalisation et d'adaptation d'humains réduits à devenir des entrepreneurs de leur propre existence ? **Les professionnels ne risquent-ils pas de devenir eux aussi des agents d'exclusion des plus fragiles ?**

Nous vous invitons à venir débattre de ces nouveaux enjeux le 17 novembre avec des invités issus du terrain et qui, d'une manière ou d'une autre, par l'action ou la réflexion, se mobilisent face à ces changements cruciaux.

Modérateurs

Francis TURINE – ex-directeur des Goélands à Spy, ex-conseiller auprès du Cabinet Prévot

Bernard MATHIEU – psychologue, psychothérapeute, responsable sur service ONE-Adoption, membre d'AlterPsy

Programme

08h30:

Accueil des participants et café ;

09h00:

Ouverture de la matinée par Jacques DEWAEGENAERE, Président de la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale ;

Introduction par Alain ROZENBERG, psychologue clinicien au Service de Santé Mentale Safrans à Braine-l'Alleud et au projet LAMA à Bruxelles, membre de l'APPpsy.

09h30: Ouverture des Travaux

Salvatore TONA : directeur du Creuset (centre thérapeutique pour enfants et adolescent – convention INAMI)

Question quant à la place de la Clinique dans la constitution des réseaux.

Hélène COPPENS : psychologue au Service de Santé mentale ANAIS à Schaerbeek

Marchandisation dans le domaine des soins : le prix à payer.

Marie BREMOND : psychologue clinicienne au CMP du Service Social Juif à Bruxelles, membre du Collectif COPEL-COBES.

Pourquoi un collectif des praticiens de la parole ? Retour sur les actions du collectif COPEL-COBES.

Alexandre BEINE : Psychiatre, psychanalyste, médecin-chef de la maison d'adolescents Area+,

Que pourrait défendre la psychiatrie au sein de la Santé mentale ?

10h45 : Pause

11H00: Reprise des travaux

Sébastien GRATOIR : enseignant en Sciences Sociale à l'IESSID (HE2B) à Ixelles et membre de « Ecole en Colère ».

Le secret professionnel : le silence a du sens – une lutte d'Ecoles Sociales en colère.

Chiara AQUINO : psychologue, psychothérapeute, membre fondateur l'Alter-Psy

La voie juridique : un certain niveau de résistance.

Pierre MARCHAL : Docteur en Philosophie, professeur émérite de l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve, psychanalyste, membre de l'Association freudienne de Belgique, vice-présent de la LWSM.

Qui sont donc « les charlatans » aujourd'hui ?

Modalités

Adresse du jour

Espace KEGELJAN
Entrée et parking
Rue Henri Lecocq, 47
5000 Namur (Salzennes)

Horaire

De 09h00 à 13h00
Accueil à partir de 08h30

Contact par mail

LIGUE WALLONNE POUR LA SANTE
MENTALE ASBL
Courriel : lwsm.presidence@proximus.be

Introduction de la journée par Alain ROZENBERG, psychologue clinicien au Service de Santé Mentale Safrans à Braine-l'Alleud et au projet LAMA à Bruxelles, membre de l'APPpsy.

Pourquoi résister ?

Tout d'abord, je voudrais remercier la Ligue Wallonne pour l'organisation de cette matinée-débat autour des enjeux et des risques liés aux nouvelles politiques en santé mentale. À ma connaissance un tel événement n'avait pas encore été organisé en Wallonie. Le fait est suffisamment important pour le souligner.

Ceci étant dit et pour introduire la matinée je vous propose en quelques mots, et certainement trop rapidement, de situer le contexte dans lequel émerge l'actualité de notre champ de travail. Pour ce faire voici un court voyage dans le temps qui je l'espère, éclairera ce que nous traversons.

Souvenons-nous, au début des années nonante, nous assistons à un changement progressif de paradigme, provoquant le passage d'un État providence en crise à un État social dit actif. Ce changement de gouvernance a transformé en profondeur les politiques sociales et de santé, par l'élaboration d'une nouvelle organisation du marché du travail et de la protection sociale. Ce changement de cap veut dépasser les clivages politiques. Cette nouvelle idéologie, ni de droite néolibérale ni de gauche social-démocrate, a ouvert une troisième voie.

Cette troisième voie assigne à l'État un rôle de facilitateur dans les matières sociales et de santé, en proposant un deal, dans le sens d'un marché de dupe, dans lequel l'État a pour mission de veiller à maintenir une égalité des chances entre les individus et leur demande d'assumer leurs responsabilités individuelles¹. Qui se résume par la formule : « *Pas de droit sans responsabilité*² ».

Il faut souligner que ce nouveau principe de gouvernance qu'est l'État social actif ne cède pas à l'ambition de préserver une protection sociale, mais évolue dans un contexte où la rationalité néolibérale s'intensifie et s'étend progressivement à tous les domaines d'une existence réduite, finalement, au seul registre économique. Ce qui constitue l'aboutissement d'un processus dans lequel l'humain, devenu entrepreneur de sa propre existence, doit être activable et performant, et se situer dans un rapport compétitif et rompre dès lors avec toute idée de solidarité collective au profit d'un individualisme, ou plus précisément d'un égoïsme contemporain, ce qui n'est pas sans conséquence sur le lien social et le collectif.

Vingt ans plus tard, peut-on encore parler d'un État social actif ? Ou devons-nous parler d'un État actif dont le social s'estompe progressivement mais sûrement ?

Aujourd'hui, nous pouvons avancer que le gouvernement des individus est pétri d'une logique de marché généralisée qui pousse à une concurrence érigée en

¹ <http://plus.lesoir.be/107939/article/2017-08-05/les-nouvelles-mesures-des-gouvernements-comme-une-petite-musique-anti-sociale>

² http://www.regards-economiques.be/index.php?option=com_reco&view=article&cid=45

norme pour réguler les conduites humaines. Pierre Dardot et Christian Laval dans leur livre *La nouvelle raison du monde* résume cette nouvelle rationalité par la formule suivante : « *Économie libre, état fort*³ ».

On pourrait encore aller un pas plus loin avec le philosophe Byung-Chul Han. Ce dernier repère que le nouveau régime disciplinaire adopte une technique de gouvernement qui ne relève plus d'une biopolitique chère à Foucault, mais relève de ce qu'il nomme une psychopolitique⁴, qui substitue l'exploitation des âmes à celles des corps par une utilisation du savoir extrait des big data, nouveau panoptique numérique allant au cœur de la psyché.

Pour le dire encore autrement, nous sommes aspirés dans une faille provoquée par le néolibéralisme qui pour Mathieu Bellahsen, je cite « *consiste à créer un cadre à l'intérieur duquel les individus seront dits libres de choisir entre un nombre fini d'alternatives. Ce cadre va se composer d'une série de normes produites par les institutions internationales et les États. Progressivement la logique de marché qui jusque-là, s'appliquait traditionnellement à certains espaces de la société (le commerce, l'industrie...) tout en laissant les autres vacants (la culture, l'éducation, la santé...) va imposer le principe de la concurrence à tous les domaines de la vie des hommes*⁵ ».

Dans un contexte de politique d'austérité et de réduction des subsides publics, le champ de la santé et du social passe progressivement d'une privatisation associative traversée par des valeurs éthiques à une privatisation lucrative introduisant les principes de rationalité économique des entreprises et provoquant une marchandisation du soin et de l'action sociale.

Ce qui s'est passé récemment à Anvers⁶ peut éclairer notre propos ; l'échevinat des Affaires sociales anversoises a coupé les subsides du centre d'accueil pour sans-abri « De Vaart », voulant ainsi ouvrir le marché à la concurrence et c'est l'entreprise britannique de sécurité, G4S qui a en fin de compte remporté le marché. Cela dit et fort heureusement, après une mobilisation de différents acteurs, la ville d'Anvers a fait marche arrière et De Vaart a finalement retrouvé son subside initial.

Soulignons que l'action sociale menée par le secteur associatif lutte contre les inégalités, contrairement aux entreprises privées comme G4S. Il est donc évident que pour ces dernières rien ne doit changer, et ceci afin de conserver leurs parts de marché.

Si cette tendance s'accroît (pensons, par exemple au secteur des maisons de repos largement privatisé), le spectre d'un système de soins de santé « à l'américaine » ou « à l'anglaise » deviendrait réalité en Europe.

³ P. Dardot et C. Laval, *La nouvelle raison du monde, Essai sur la société néolibérale*, La Découverte, Paris, 2009, p.274

Pour les auteurs, l'État soutient activement les dispositifs disciplinaires des individus et le formatage des conduites pour le bon fonctionnement de la compétition nécessaire à un marché dont l'économie est devenue globalisée, dérégulée et financiarisée.

⁴ Byung-Chul Han, *Psychopolitique, Les nouvelles politiques de pouvoir*, Circé, 2016, p.35

⁵ M. Bellahsen, *La santé mentale, Vers un bonheur sous contrôle*, La Fabrique, 2014, p.17-18

⁶ Pour plus de détail voir <http://www.copel-cobes.be/Services-de-soins-de-la-parole-libre-vers-un-marche-libre>

Il faut savoir que les grands traités comme le TTIP projettent de transformer le secteur non-marchand en un vaste secteur marchand, à l'instar des structures américaines.

Je vous invite, si ce n'est déjà fait, à voir Sicko, le documentaire de Michaël Moore, qui décrit très précisément les effets du système de soins américains très inégalitaires et organisés par des sociétés d'assurance privée dont le seul intérêt est de maximaliser leur profit⁷ au détriment des patients.

Actuellement, nous vivons plus vieux en Europe qu'aux Etats-Unis, pourtant les dépenses liées aux soins de santé en Europe ne représentent que 10 % de son PIB alors qu'elles grimpent jusqu'à 17 % aux Etats-Unis.

Mais plus proches de nous, les Pays-Bas avec la Suisse font exception à la moyenne européenne, étant donné que leurs dépenses de santé augmentent en parallèle avec leur réforme du secteur des soins de santé, réforme fondée sur la privatisation et la concurrence. Cependant, fait étonnant et il faut le souligner, nos voisins hollandais sont devenus, pour notre gouvernement fédéral actuel, l'un des exemples à suivre en matière d'organisations et de financements des soins de santé mentale.

Après ce parcours, je voudrais poursuivre mon propos par quelques questions,

Première question : pourquoi a-t-on modifié en profondeur la Loi Muylle, réglementant les professions des soins de santé mentale, plutôt que simplement rédiger des arrêtés d'application ? Est-ce pour garantir de meilleurs soins et arrêter les présumés charlatans ? Tel est l'argument avancé mais quels en seront réellement les effets ?

La Loi Muylle promulguée en 2014, certes imparfaite, était pourtant le fruit d'une large concertation des acteurs. Elle était un compromis reflétant la complexité de notre champ, lui-même, reflet de la complexité humaine.

La nouvelle mouture de cette Loi n'étant plus le fruit d'une concertation ni d'un compromis entre les différentes parties en présence ne prend plus en compte cette complexité humaine.

Deuxième question : pourquoi a-t-on modifié la Loi Muylle pour faire entrer la psychothérapie dans l'Arrêté Royal 78 relatif à l'exercice des soins de santé ? Et dans la foulée, pourquoi a-t-on fait de la psychothérapie une forme de traitement réduit à l'exercice d'un acte technique calqué sur un modèle techno-médical ?

Troisième question : pourquoi a-t-on fait disparaître les quatre orientations psychothérapeutiques initialement inscrites dans la Loi pour leur substituer un modèle evidence-based practice. Autrement dit, une méthode d'évaluation et de mise en concurrence des orientations ?

L'Evidence-based practice annoncée par le KCE, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, comme faisant partie de son ADN⁸ (autre façon de dire « idéologie »), ne serait-elle pas brandie comme argument scientifique pour, au fond, justifier des choix relevant plutôt de préoccupations gestionnaires et de réduction des coûts ?

⁸https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_291Bs_Plan_EBP_Belgique_Plan_de_gouvernance_Synthese_0.pdf

Quatrième question : pourquoi le KCE a-t-il publié un rapport proposant un modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques⁹ ne tenant pas compte de nos pratiques, de nos savoirs, de notre éthique, de la confidentialité et du lien transférentiel, autant de dimensions essentielles à notre travail ? Le modèle proposé par le KCE et présenté comme une marche vers le bonheur, a pour but affiché de traiter les souffrances psychiques pour alléger le fardeau social, autrement dit le coût financier que représente l'absentéisme professionnel. Il propose, mais vous le savez certainement, un système à deux niveaux.

Une première ligne proposant des consultations psychologiques ambitionne de régler les problèmes dits « courants et modérés » comme le burn-out ou les sentiments dépressifs, par un traitement de cinq séances nommés « *Coup de pouce professionnel* », « *Qui pour beaucoup pourrait, sans doute, suffire à retrouver plus d'énergie et de ressort pour tenir tête aux aléas de la vie* ».

En Angleterre, ce travail de première ligne est déjà réalisé par des logiciels de self-help.

Le deuxième niveau propose des soins spécialisés psychothérapeutiques eux aussi limités à quelques séances renouvelables sous certaines conditions. Dans ce projet, ces soins spécialisés et limités seront prodigués, entre autres, par des Services de Santé Mentale qui, dès lors, seront assignés à un travail de seconde ligne avec le risque de ne plus pouvoir faire offre d'un accueil de première ligne et ne plus pouvoir offrir un espace-temps en adéquation avec un traitement possible des souffrances rencontrées.

Le passage du premier au deuxième étage ne pourra se faire que par la rencontre avec un expert et l'établissement d'un bilan fonctionnel qui sera versé au dossier électronique : exit le lien transférentiel, exit la confidentialité.

Et que dire dans ce modèle de la place des psychiatres ne devant plus s'occuper de soins, mais convoqués à devenir des experts s'occupant de bilan fonctionnel ou encore convoqués à devenir des gatekeepers, autrement dit, assignés à une gestion sociale des individus ?

Et qu'advient-il dans l'avenir de celui qui résiste au traitement ou de celui qui ne pourra pas réintégrer son activité professionnelle après quelques séances ? Sera-t-il exclu du système ? On peut le craindre.

Ce modèle de soins pourrait devenir une machine à exclure (et pas uniquement les patients).

Cinquième question : pourquoi a-t-on commandé au KCE une nouvelle étude portant sur « *l'organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique* », une étude devant « *identifier les possibles lacunes et chevauchements entre les services existants* » et qui permettra « *aux décideurs politiques d'établir des priorités et de prendre des décisions stratégiques en ce qui concerne l'organisation des soins de santé mentale* ». Que présage cette nouvelle étude ? Serons-nous du côté lacune ou du côté chevauchement ? Être gap ou ne pas être doublon, telle sera la question.....

Sixième question : Pourquoi démantèle-t-on le secret professionnel ? Qu'il soit question du code de déontologie des psychologues mis en contradiction avec le

⁹ <https://kce.fgov.be/fr/soins-psychologiques-vers-un-remboursement>

droit pénal pour son article portant sur le secret professionnel. Mais fort heureusement, nous pouvons espérer prochainement la remise en conformité des articles litigieux du code grâce au travail de l'APPpsy et de l'Uppsy, soutenu par une mobilisation de plusieurs associations.

Qu'il soit question de la Loi Van Peel votée en mai de cette année et obligeant les membres du personnel d'institutions de Sécurité sociale à déclarer au Procureur du Roi des informations en cas « *d'indices sérieux de l'existence d'une infraction terroriste* ». Ou encore qu'il soit question de la Loi du Ministre de la justice, baptisée « Pot-pourri V », modifiant le Code pénal pour permettre à des acteurs de différents secteurs, comme ceux de la police, de la justice et celui de l'aide, de partager des informations lors de concertation de cas.

Et enfin, **pourquoi** cette mise en transparence du secret, fondement de notre intimité et protection de notre vérité ? Ne serait-ce pas comme le dit Roland Gori parce que « *l'objectif n'est plus de guérir les pathologies individuelles mais de toujours plus surveiller à la trace les populations à risque en gérant les actes qu'elles pourraient être amenées à commettre. C'est un changement de priorité anthropologique qui conduit à faire prévaloir la maintenance sociale et la gestion hygiéniste des populations sur le soin apporté aux individus* »¹⁰.

Il y aurait encore bien d'autres questions à aborder, mais je m'arrêterai là pour cette introduction.

Ce tour d'horizon permet de faire le constat que notre secteur se transforme profondément. Aujourd'hui nous sommes en mesure de repérer les premiers effets de ces mutations. À commencer par la mise à mal de l'expérience professionnelle des praticiens dépossédés de leur savoir au profit d'une logique managériale et de gestion où « efficacité » et « efficience » deviennent les maîtres mots, mais dans une totale extériorité à l'objet en jeu.

Je terminerai par deux petites remarques, l'une à propos de l'affiche (réalisée par Hélène Coppens), l'autre à propos du titre choisi pour notre matinée : pourquoi résister ?

Première remarque, l'affiche n'est pas sans évoquer Les temps modernes de Chaplin. Façon de nous rappeler que le taylorisme autrefois réservé aux ouvriers des chaînes de montage a envahi nos sphères de travail. De nouvelles machines du nom de logiciels, plans de management, ou protocoles aux accents novlangue organisent « scientifiquement et rationnellement » notre travail. Cette « néotaylorisation » reposant sur la programmation détruit l'objet de nos métiers à savoir l'humain, la parole et la relation. Elle nous fait passer de l'art de soigner et parfois de guérir les malades, comme le dit Jean-Pierre Lebrun, à une science de guérir les maladies, mais avec cette fois, une obligation de résultat plutôt qu'une obligation de moyen.

J'en viens à ma **deuxième remarque** à propos du titre *Pourquoi résister* ? La résistance dont il est question est une posture qui ne renvoie pas à un quelconque conservatisme. L'idée n'est pas une résistance au changement ou au

¹⁰ P. Ben Soussan et R. Gori, *Peut-on vraiment se passer du secret ? , L'illusion de la transparence*, Eres, 2013, p.38

progrès ni une résistance à l'évaluation nécessaire de nos pratiques. Résister est à entendre ici à la manière de Dany Robert-Dufour, comme je cite « *Ne pas prendre pour argent comptant tous ces progrès annoncés* », et même, pouvoir réfléchir à « *Discerner en certains une véritable régression menant tout droit à une nouvelle aliénation* ». Résister « *C'est refuser de s'en laisser conter par les prétendues certitudes des doxas en vogue*¹¹ ».

Et j'ajouterai à la suite de Tocqueville que résister c'est aussi se rappeler « *Qu'une idée fausse, mais claire et précise, aura toujours plus de puissance dans le monde qu'une idée vraie, mais complexe*¹². »

Reste donc à aborder la question de comment résister pour que notre ouvrage (notre travail) ne perde pas sa dimension artisanale et reste tout simplement humain.

¹¹ D.-R. Dufour, *L'individu qui vient... après le libéralisme*, Folio, 2015, p. 28

¹² A. de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, Editions Flammarion, 2010

Salvatore TONA : directeur du Creuset (centre thérapeutique pour enfants et adolescent – convention INAMI) - Question quant à la place de la Clinique dans la constitution des réseaux.

Avant de vous exposer mes questionnements, doutes et préoccupations liés à mon statut de membre du comité stratégique du réseau de santé Kirikou, je souhaitais vous livrer quelques nuances que j'aurais à émettre au sujet du titre de cette demi-journée.

Enjeux et risques - Pourquoi résister ?

Cette assertion qui consiste à affirmer la nécessité d'une résistance à priori me gêne quelque peu. Il convient certes à tous les coups de se montrer vigilant, parfois méfiant, mais de là à se positionner d'emblée comme résistant... Y aurait-il une guerre ? Et si oui, comment désigner l'ennemi ? Bref, il y a sans doute un point d'équilibre à trouver !

Par ailleurs, j'éprouve quelques difficultés à m'inscrire dans une perspective qui, systématiquement, délégitimerait une proposition parce que précisément elle émanerait du politique. Je n'adhère pas au « Tous pourris, tous des jouisseurs parce qu'ils occupent une position d'exception, de chef ».

En participant activement à la construction d'un réseau de soins, je me devais d'abord d'être ouvert et donc, de jouer le jeu. Fallait-il pour autant être naïf ? Oh, j'ai envie de dire : ni plus ni moins que d'habitude. C'est-à-dire ni plus ni moins que par rapport à ce dont nous sommes confrontés tous les jours et, pour le dire en raccourci, aux effets de la mutation sociale. Monsieur JP Lebrun pourrait évidemment vous en parler bien mieux que moi mais ce que j'évoque lorsque je parle des effets de la mutation sociale ce sont essentiellement les effets liés à la perte de légitimité de ceux qui occupent cette position d'exception, c'est une horizontalité qui occulte la différence des places et qui, afin de garantir les droits et envie du particulier, oblitère tout projet du collectif ou en fait une coquille vide. Enfin, et je ne vais pas m'étendre davantage sur ce que j'imagine vous savez déjà, les avatars sont à rechercher dans la collusion entre La Science, voire la technoscience et la logique pragmatique néo-libérale. Ce savant mélange produit une nouvelle appréhension du réel qui pèse sur les consciences et, pour le moins, crée un malaise inédit dans la civilisation.

Donc, pour en revenir au réseau, et cela reste pour moi une question ouverte, je n'ai rien trouvé de spécifiquement inquiétant dans la pratique des réseaux... si ce n'est d'y côtoyer le malaise ordinaire que suscitent les penchants et les travers d'une pensée unique cernée par une sorte de psychologie scientifique « managériale ».

Pour le dire autrement, les réseaux ne reflètent-ils pas simplement l'ère du temps, ne sont-ils pas les purs produits de ce qui se pense et se construit par ailleurs ? Pensées et constructions auxquelles nous participons ou, pour le moins, nous consentons.

Sans doute la résistance est-elle nécessaire en amont ; au niveau des réseaux je pense qu'il y a lieu de forcer la créativité.

Après ce bref préambule, je vais tenter si vous me le permettez de me concentrer sur les points d'attention qu'il y a lieu à mon avis de pointer, sans ambition au niveau de l'exhaustivité.

Je tiens au passage à remercier Monsieur Didier Devleschouwer, coordinateur du réseau de santé Kirikou, qui a accepté de participer à cette réflexion critique introspective.

Pour planter le décor, il me semble opportun de vous dire quelques mots, rapidement, sur ce fameux réseau santé Kirikou.

L'histoire a commencé il y a un peu plus de deux ans lorsque la ministre de la santé lance non pas une réforme, non pas un projet pilote mais une nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents. Les plates-formes de concertation en santé mentale servent de rampe de lancement et à quatre ou cinq acteurs du secteur de la santé mentale, nous nous attelons à répondre à ce qui sera le premier « Template » d'une longue série. Ce premier modèle concerne ni plus ni moins ce que nous entendons par « réseau ». C'est ce modèle qui servira de structure aux instances de gouvernance qui vont conduire et, peut-on encore le dire, diriger le réseau.

Pour le dire en très très bref, le réseau de santé Kirikou s'est constitué autour de 4 piliers : axe santé mentale (4 sièges), axe santé généraliste (4 sièges), axe sociétal (4 sièges) et axe famille/patients (2 sièges). Pour chaque siège, un représentant d'un secteur élu par son propre secteur. Les décisions se prennent par consensus ou par vote. Les instances de gouvernance sont le comité stratégique, le comité de gestion, le comité des employeurs et le comité d'accompagnement. Soit, un modèle de démocratie, de transparence ... et de dévouement puisque, faut-il le rappeler, tous ces gens participent bénévolement à ce travail. Pas de jeton de présence donc.

A la clé, c'est-à-dire si notre devoir mérite un feu vert, nous obtenons un financement ; le premier a été celui qui nous a permis d'engager notre « gentil » coordinateur...

Très, voire trop rapidement après la définition du modèle de réseau auquel nous souhaitons nous attacher, l'administration nous a pressés de répondre à toute une série d'autres « templates » : soins mobiles de crise, soins mobiles de longue durée, lit de crise et time-out, liaison intersectorielle, approches spécifiques de publics cibles identifiés (DD, toxicomanes, vieux ados ou jeunes adultes) ...et ainsi de suite.

A chaque feu vert, un budget !

A ce stade, au moins deux observations sont à retenir. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'il s'agit des deux faces d'une même pièce mais il y a quelque chose de ça quand même...toutes deux relèvent en tous cas d'une idéologie qui tend à s'imposer comme principe universel !

1) le côté attractif des réseaux s'est pratiquement imposé d'emblée à un grand nombre, nombre déjà acquis au principe bien connu des belges : « l'union fait la force ». On aurait pu le dire autrement : « plus jamais seul » ! On ne voit pas à priori qui pourrait s'insurger contre l'idée que l'accès aux soins en santé mentale doit être généralisé, c'est-à-dire s'adresser et s'offrir à tous ceux qui en ont besoin, où qu'ils soient, quelle que soit leur condition, quelle que soit leur problématique. En soi donc, le projet paraît prometteur.

2) le côté moins attractif, vécu et décrit par certains comme un caillou dans la chaussure qui risque à terme de rendre la marche douloureuse, c'est le principe qui veut que plus le soin qui s'exerce rejoint le lieu de vie, parfois même

confondu avec le domicile, mieux c'est. Ce serait en quelque sorte un soin de qualité supérieure, le circuit court !

Il est vrai que l'idée qu'une institution d'hébergement, que le résidentiel ou que le communautaire soit une mauvaise option n'est cependant jamais énoncée, il faut le reconnaître. Mais tout dans l'orientation des soins et des budgets va dans ce sens... c'est plus clair encore dans la réforme 107 puisque le glissement du gel de lits vers l'ambulatoire est au principe du mécanisme de financement. Où s'en va donc la pertinence de l'accueil résidentiel, communautaire, thérapeutique, qui durant des années a fait place aux rebus, aux grands schizophrènes, aux décompensés et aux violents..., entre autres ? Nous sommes-nous trompés durant tant d'années à vouloir accueillir et offrir du soin à certaines tranches de la population qui, sans ces lieux, auraient été des humains sans catégorie, des « laissés pour compte » non répertoriés ? Non répertoriés parce qu'errants sous les ponts, à tendre de temps en temps la main pour gagner la pièce de la bière, du coca, ou du sandwich du soir et à fuir d'autres soirs, de bancs en bancs sur lesquels on installe des traverses inconfortables qui rendent le sommeil douloureux ? Avons-nous été stupides de penser que certaines souffrances psychiques insupportables pouvaient trouver des réponses dans le communautaire et sots de ne pas avoir pensé que le lien pouvait se construire partout et de n'importe quelle façon, si tant est qu'il réponde à un besoin – même non exprimé parfois- ?

En bref, tout peut-il se soigner dans le lieu de vie et finalement, avons-nous prodigieusement perdu notre temps à croire que la rencontre pouvait trouver à se médiatiser, à se pacifier via le collectif ?

Il y a une résistance, voire une obstruction, à entendre qu'il manque de places en résidentiel, que certaines personnes ne peuvent gérer la solitude même si l'infirmier ou l'aide-soignante passe trois fois par semaine ou à admettre qu'une collectivité peut constituer un espace contenant et sécurisant... On repère encore cette tendance dans certains discours qui consistent à affirmer que le manque de places relève d'une mauvaise optimisation du fonctionnement en réseau. Logiquement donc, mieux le réseau fonctionnera, moins la demande en résidentiel sera forte. Les réseaux 107 qui fonctionnent depuis une dizaine d'années peuvent-ils confirmer ? Les pays qui ont adopté cette politique tirent-ils les mêmes conclusions ?

Etes-vous allés chercher ces réponses ??

Google est ton ami ! Cherche un peu, tu vas trouver !

Le manque de place relève ... du manque de place ! La question est : quelle place veut-on, peut-on, accepte-t-on de faire à ceux qui, fondamentalement, ne parviennent pas à la trouver tout seul et à s'en sortir avec cette logique de l'empowerment : être soi-même acteur de ses soins ? De fait, l'implication de l'utilisateur au cœur du soin est une logique qui ne se discute plus aujourd'hui et c'est certes, vraisemblablement, une bonne chose.

Comment ne pas entendre celui qui parle et s'énonce ? Comment se faire soignant en étant sourd ??? Cependant, cette logique de l'empowerment vaut pour ceux qui peuvent prendre la parole, penser le hier, l'aujourd'hui et le demain !!! Quid de ceux qui transpirent à devoir choisir entre un brownie et un melocake ??

Et pour ceux qui parlent ? Bien souvent, pardon de le dire..., cette prise de parole de l'utilisateur vaut pour l'utilisateur lui-même et les quelques autres, qu'il ne connaît

pas, et qui par hasard lui ressemblent. Tel Joseph Schovaneck qui souhaite à toute famille d'avoir un enfant autiste à la maison...

Pourquoi ai-je relevé que ces deux constats pourraient participer sinon à un projet, du moins à une logique commune ?

A y regarder de plus près, et je le répète, je ne pense pas que ce soit l'apanage des réseaux, il y a une sorte de glissement qui d'un côté tend vers la promotion de l'autonomie du patient et à son implication dans les soins qui le concernent, à son emporwerment, et de l'autre prône une plus grande interdépendance des professionnels. Si je pousse la formule à son paroxysme, cela pourrait donner quelque chose comme: unissons-nous, nous professionnels, pour que le patient se débrouille seul, qu'il gère son logement, qu'il apprivoise ses voix, qu'il prenne ses médicaments à l'heure, qu'il soit bien informé, qu'il apprenne les bons réflexes... L'idéologie de l'autonomie, en tant que la forme la plus avancée, la plus accomplie de l'individu comporte cependant un prix, celui d'une plus grande interdépendance des intervenants, pour ceux qui, in fine, pardon de le dire encore, ont les habilités, ou presque, pour y parvenir. En tirant un peu le diable par la queue, on pourrait dire que sans nous, cahin caha, ils y arriveraient quand même à s'en sortir, à rester dans le lien social sur un mode de bord, quelque peu chaotique, voire très, parfois dérangeant, à s'arrimer et se désarrimer du lien social sans tout à fait en sortir. Dans ces situations, nous apportons des voies, des chemins d'accès rapides vers des soins nécessaires qu'ils parviendraient à trouver sans doute, avec beaucoup plus de peine...

Mais que faire de ceux que seuls les soins humanisent ? Comment allons-nous les prendre en charge, ceux qui ne savent plus comment ils s'appellent, où ils habitent, ceux qui se perdent à 10 m de leur domicile, ceux qui confondent le moi et l'autre tant et à ce point, que sans portage, sans arrimage, il n'y a plus que le naufrage...social et psychique, l'anéantissement ! Ils existent...Allez un peu les « emporwermer » ...

J'ai dit en commençant qu'il s'agissait de se montrer vigilant.

Et bien le premier écueil, à mon sens, qu'il faut éviter c'est de participer à la dilution voire la disparition de la spécificité du secteur de la santé mentale sous prétexte qu'elle n'appartient pas exclusivement à la psychiatrie. J'ai entendu dernièrement au colloque organisé par l'IWSM sur la précarité que la santé mentale avait été kidnappée par la psychiatrie. Et bien je crains qu'elle ne le soit à présent plus par personne ou qu'elle ne se dilue au point de légitimer le déni de la réalité de la maladie mentale. Du moins au niveau du discours. Il me paraît évident que la pratique de la langue témoigne de ce glissement dans la pensée contemporaine : on ne parle plus de patients mais d'usagers, de bénéficiaires et même de clients ; le réseau Kirikou a décidé de s'appeler Réseau de Santé Kirikou, l'adjectif « mentale » a été évincé après un débat soutenu qui a été remporté par ceux qui estiment que l'on ne doit pas faire peur avec cette satanée santé mentale, toujours prompte à faire resurgir la figure du fou. Le réseau Kirikou promeut le bien-être, l'épanouissement, l'émancipation de la personne... qui souhaiterait le contraire ?...

Cette disparition/dilution apparaît plus précisément encore dans l'idée, comme je l'ai mentionné, que le patient doit être sujet de ses propres soins ! Les références scientifiques incontestables ont imposé une manière de contourner la maladie mentale en clivant la personne de son fonctionnement psychique. L'autonomie est en l'occurrence ici poussée à l'extrême. Le sujet est à présent

« porteur » d'un trouble dont il doit se débarrasser au plus vite. Il n'y a plus de psychotiques, de maniacodépressifs...Il y a des gens qui ont une psychose, une maniacodépression, un peu comme un sac à dos encombrant dont il faut se délester pour retrouver une liberté de mouvement. On se refuse de considérer que l'individu peut être traversé et orienté dans l'existence par une économie psychique, il y a lieu d'évacuer ce qui entrave cette autonomie. Ainsi, la plupart des traitements prônés par les bonnes pratiques, guidées par le CSS ou le KCE, envisage une intervention en trois phases : médication, psycho-éducation et psychothérapie puisque, c'est bien connu, parler peut faire du bien ! Pour ce qui est de la médication, je laisse aux médecins le soin de développer, pour ce qui est du psychothérapeutique, je laisse à Maguy le soin d'en définir le cadre, et, je tremble ... , pour ce qui est de la psycho-éducation, et j'entends parfaitement qu'elle peut convenir à toute une série de patients, elle participe néanmoins, plus ou moins à l'insu de son plein gré, à l'idée que la personne porteuse d'un trouble doit être éduquée correctement, que le bon usager doit apprendre les bons gestes, acquérir les bons réflexes, assimiler le bon cadre... l'idée est sans doute qu'à ces conditions il se débarrassera de son symptôme. Sans symptôme, plus de maladie ! Ou pour le dire autrement, sans symptôme qui entrave l'autonomie, pas de maladie !

Dans ce contexte, le soignant devient un « coach » qui se doit d'être convainquant, un assistant qui va apprendre les bonnes pratiques espérant que son patient se montrera coopérant. Désormais, guérir, ça s'apprend. Les nouvelles formations proposées aux professionnels, et parfois même indifféremment aux professionnels et aux bénéficiaires et leur famille, visent à apprendre des routines, des manières standardisées de faire.

Il me semble que se situe ici le risque le plus grand, celui de croire qu'on peut réellement venir à bout de la maladie mentale en appliquant les bonnes procédures et en acquérant les gestes qui sauvent.

La composition de notre comité stratégique, avec ses axes et sous-secteurs multiples favorisent-ils cette dilution ?

Il est difficile et prématuré de répondre à cette question. Le risque est cependant régulièrement évoqué, ce qui à priori maintient un certain niveau d'alerte et sans doute faut-il rester vigilants. Il y a ceux pour qui le soin à domicile va promouvoir le citoyen adapté, autonome qui gère son-ses- symptômes, et il y a ceux qui vont s'écarter de cette autopromotion de l'individu et du soin parce que le soi n'existe pas...

Dans la même perspective et, en tous cas, avec les mêmes effets d'évitement de la clinique, un autre travers qu'il convient de souligner réside dans cette mode, cette manie d'emprunter des termes anglophones, parfois même qui relèvent du champ de l'économique : case-management, bottom-up, empowerment, wrap around, team manager, template, ... à croire que le français et le flamand sont trop grossiers pour rendre compte des subtilités de certains concepts que seuls les anglosaxons parviendraient à nommer. On retrouve en fait de façon récurrente l'idée qu'il faut manager, qu'il faut gérer, comme on gère un stock ou un cheptel !

Concrètement, cela se traduit par une tension avec, à chaque extrémité, ceux qui soutiennent une clinique de la rencontre, du transfert, du temps nécessaire à l'élaboration et ceux qui dispatchent, qui réorientent, qui aiguillent, qui activent le réseau... On peut raisonnablement penser que la nécessité exige de n'exclure aucune pratique.

L'obligation de composer avec les moyens alloués - importants mais limités -, l'afflux des demandes, et l'attention portée au « case-load » créent cependant une pression qui, si l'on n'y prend garde, pourrait insensiblement induire des pratiques pragmatiques. Il faut que ça roule, que ça tourne, qu'il y ait du turn over... !!

Risque de dilution de la santé mentale, risque de dilution de la clinique, risque de dilution des pratiques...doit-on également craindre la dilution de la responsabilité ? La co-construction, la co-responsabilité sont-ils des concepts réellement opérants ? Sont-ils seulement des concepts ? ...

Le principe décisionnel de notre réseau namurois lié au mode de gouvernance exclusivement horizontal, s'il reflète une volonté éminemment démocratique, comporte ses limites. Il y a lieu d'être attentif à la lenteur du processus (bien que cela pourrait constituer un gage de maturation), il y a lieu d'être attentif au risque de se limiter à ne décider que ce qui ne concerne que le plus petit dénominateur commun et, enfin, il y a lieu d'être attentif au risque qui, au final, consiste à renoncer au débat et à la conflictualité pour se cantonner à une procédure. De la pure forme au détriment du fond.

Prenez l'exemple de modalité de financement des hôpitaux. Je ne sais si ce projet a déjà abouti mais à l'époque où je travaillais dans une structure hospitalière, il était question de financer l'hôpital proportionnellement à la qualité des soins qu'il prodiguait. A priori, rien à redire ! Personne n'est contre le principe de payer plus si la qualité y est. Après tout, il faut être riche pour acheter bon marché ! En réalité, derrière cette évidence de base se cache une certaine supercherie. En effet, la qualité est déterminée par la stricte application de certaines procédures, de modus opérandi, de succession d'étapes à respecter. Ainsi, la question qui par exemple détermine si la contention est de qualité tient aux normes qui régissent les mesures et les volumes, aux étapes et au respect de la cheik list qui indiquent pas à pas comment faire les choses convenablement. Est-ce que la décision d'enfermer dans telle situation concrète est pertinente ? Rien de l'extérieur ne vient le déterminer.

Autre exemple : une médication de qualité se stocke, se prépare et s'administre selon des standards bien établis. Il faut les bonnes personnes aux bons endroits et aux bons moments !

La prescription est-elle adéquate ou opportune ? C'est une question qui ne concerne plus la qualité des soins !

On voit donc, par ces exemples, que la menace va bien au-delà des réseaux et ceux-ci n'en sont d'ailleurs pas prémunis. Je prendrai pour illustrer cette affirmation la manière dont le case-management a été conçu par notre Kirikou de réseau... A la base, le case-management, la gestion de cas, est une idée assez géniale qui permet d'éviter la rupture en inventant et finançant un chaînon manquant. On pourrait dire qu'enfin on peut faire valoir le cas par cas, en dehors des cases prévues. Ce serait en quelque sorte la case vide dans le jeu du taquin! Si et seulement si, à créer ce chaînon manquant, on ne supprime pas une case, ô combien nécessaire, créée pour répondre à une urgence qui existe toujours : celle de l'hébergement, du communautaire et du soin en institution. Il ne s'agit pas d'être rétrograde ou nostalgique. Tout ne se soigne pas partout quand bien même on le prônerait. Aujourd'hui, on opère d'une prothèse totale de hanche en one day. La revalidation se fait à domicile pour le bien-être du patient...et sans doute aussi pour la facture des soins de santé.

Les chirurgiens, les oncologues, les cardiologues, les gynécologues, les dentistes, kinés...ostéopathes et tant d'autres restent nos partenaires de survie. Il serait peut-être important de penser que la maladie mentale a besoin de ses praticiens, expérimentés, que tout ne se négocie pas partout et ne se soigne pas à la maison ou en réseau. Et même si beaucoup peut se négocier à domicile, il reste que des lieux sont inévitables, voire à créer parce qu'inexistants, des lieux où recevoir des souffrances inimaginables et indicibles parce que les mots ratent à décrire le pire. Du coup, on omet de le penser...et on crée de nouvelles cases, vides.

Le problème, c'est que face à cette case vide, sans doute pour éviter le débat contradictoire et la surcharge de travail, notre comité a décidé que ce qui permettrait de trancher, c'est le respect des normes définies en interne, c'est le respect de la procédure... Les dossiers sont ainsi soumis au coordinateur qui ne se prononce que sur le respect des bonnes formes... pas de commentaires sur le fond, ça ne lui revient pas, pas de regard extérieur, pas de débat contradictoire.

Ça ne veut évidemment pas dire pour autant que les demandes sont systématiquement injustifiées, mais ça traduit me semble-t-il un déficit de « tiercéité ». A terme, on risque d'assister à une perte de consistance.

De façon plus générale, la question des réseaux impose de se prémunir du risque, en courant après la complétude, de perdre en consistance... et je ne parviens pas à me défaire du sentiment que plus la situation est complexe, plus elle exige précisément cette consistance !

Merci pour votre attention.

Hélène COPPENS : psychologue au Service de Santé mentale ANAIS à Schaerbeek - Marchandisation dans le domaine des soins : le prix à payer.

« Aucune société humaine ne peut se souder sur la juxtaposition d'intérêts privés », Alain Supiot, juriste français spécialisé en droit du travail, La gouvernance par les chiffres (Collège de France)¹.

Le modèle de gestion de la chose publique, de la santé en particulier, comme une entreprise privée est une atteinte radicale au lien social. Avec les conséquences d'exclusion qui vont avec, c'est sur ce point que je me concentrerai.

Sans plus d'espace intime, sans espace privé, sans parole point de salut...pour nos métiers en tout cas. Mais pas seulement...car c'est toute une sphère de la population, la plus fragile, qui va être privée de soin et exclue d'un système de soin de santé qui, s'il suit la pente impulsée par la Ministre de la santé, va ressembler ni plus ni moins à un système d'assurance privée, une machine à exclure, basée sur la capacité ou pas de travailler.

Arrêtons-nous d'abord sur la question de la logique managériale. Pourquoi est-elle arrivée dans la sphère publique? C'est à dire que les états cèdent de plus en plus ce qui est de la sphère publique au privé, on cède devant un idéal d'efficacité et de bonheur pour tous, allié à une grandissante jouissance du chiffre. On cherche la rentabilité, là où elle n'a pas lieu d'être, on délègue aux entreprises (Alain vous a parlé du cas anversois). En réalité, on abandonne l'intérêt général au profit des intérêts privés. Je vous renvoie à Supiot qui explique très bien ce qu'est le "new public management", modèle de gestion de la chose publique comme une entreprise privée, en introduisant les mécanismes de marché dans l'offre de biens et de services. Il appelle cela la faillite de l'état.

Les orientations fondamentales du newpublic management sont:

- ✓ approche pragmatique des pbs afin d'émalier le rapport cout/efficacité,
- ✓ réduction des couts,
- ✓ satisfaction de l'usager/client,
- ✓ maximisation des performances jugées sur les résultats...Transparence, efficience et...évaluation.

Je veux vous montrer que cette histoire, dans notre champ, est une entreprise de destruction du lien, d'exclusion des plus fragiles et qu'en plus ça va couter cher. Autant de raison de se battre, s'il en fallait plus.

J'ai reçu en consultation, il y a quelques mois une jeune femme de 28 ans. Elle avait perdu son travail à Londres où elle vivait depuis quelques années, ayant pris ses distances avec sa famille dans laquelle elle avait beaucoup souffert. Depuis la mort de son chien, elle allait mal. Elle avait commencé à ne plus supporter les bruits de ses collègues, les problèmes de ventilation au bureau, de plus en plus persuadée que ses collègues lui en voulait. Au même moment, d'énormes crises d'angoisse sont apparues: elle se faisait des idées sur rien du tout et cela prenait des proportions invraisemblables au point de l'empêcher de dormir et de lui donner la sensation qu'elle allait mourir. Epuisée, assez isolée, elle a alerté son médecin traitant londonien de son malaise et a demandé à être

dirigée vers un psy. Le médecin a prescrit des séances par téléphone avec un "counselor" (conseiller). Celui-ci lui a dit que lorsqu'elle avait des crises d'angoisse, elle devait faire des exercices de respiration et lui a donné les coordonnées du site internet sur lequel elle pouvait trouver ces exercices. Insatisfaite, la jeune femme est retournée voir son médecin car elle voulait voir "une vraie personne". Le médecin lui a alors fait une autre prescription, l'envoyant consulter une dame qui lui demanda de mesurer sur une échelle l'intensité de ses angoisses, sans jamais lui demander les raisons de son malaise. La jeune femme n'y est pas retournée et, se sentant extrêmement démunie et a décidé de rentrer quelques temps en Belgique. Ce que cette patiente nommait des crises d'angoisse étaient des crises de délire et de dépersonnalisation. Probablement de structure schizophrène, cette patiente avait décompensé de manière discrète à la mort de son chien, véritable appui identificatoire pour elle. Ce décès réactivait également le souvenir d'une autre disparition, traumatisante.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette patiente mais ce que je veux vous montrer, c'est ce qui nous attend. Cette jeune femme, si elle n'était pas rentrée en Belgique, aurait tout aussi bien pu se retrouver en psychiatrie à Londres car l'étrangeté du monde dans lequel elle vivait devenait de plus en plus forte, la mettait dans un état d'inquiétude et de malaise grandissant. Le fait de l'écouter, de la recevoir le temps de quelques entretiens ne l'a évidemment pas tirée d'affaire mais a pu, pour un temps, l'apaiser, et lui donner l'idée qu'elle pourrait à nouveau consulter un psy si besoin. C'est nettement moins cher et cela fait moins de dégât qu'une première hospitalisation en psychiatrie...

Toutes les études (exemple: KCE3) sur lesquelles se basent les experts qui conseillent nos politiques prennent en exemple les pays anglo-saxons dont les systèmes de soins publics en santé sont très défaillants. Ce sont des pays, comme l'Angleterre, qui ont choisi la voie de l'austérité. Je vous renvoie au texte d'Alan Rowan sur le site du COPEL4, un praticien anglais qui témoigne de l'évolution des soins psychiatriques dans son pays et des effets de la marchandisation et de la privatisation des soins de santé mentale:

- ✓ une déprofessionnalisation massive des praticiens, formés à bas prix à des techniques comportementales,
- ✓ La disparition du métier de psychothérapeute en GB,
- ✓ La disparition de l'orientation psychanalytique dans les institutions,
- ✓ Une bureaucratisation de ces mêmes institutions qui se privatisent et dans lesquelles les droits des patients disparaissent.
- ✓ la catégorisation déshumanisante des patients les plus difficiles avec une réduction de ceux-ci à leur bon ou mauvais comportement.

Le ravage introduit par l'évaluation dans nos pratiques: "Le grand chiffage de l'être" (Milner)

Au niveau du contexte socio-économique, les années 2000 accompagnent le passage de l'état social providence qui a vu l'apogée des solidarités à un état social "actif". L'état pour des raisons économique-politiques, commence à se soucier plus que par le passé des dimensions économiques et tend à s'assurer un système de santé efficace. Et qui dit efficace, dit évaluation. Ces logiques poussent à imposer, dans notre domaine, une modalité de prise en charge efficace, mais surtout quantifiable. C'est la condition pour qu'elle soit comparable, donc évaluable. Vous avez entendu parler de "guidelines", de "bonnes

pratiques". DEQ SSM BXL. Cette volonté d'évaluation est aggravée par son alliance au discours universitaire. En effet, nous ne manquons plus de chercheurs et autres experts qui, avec leur savoir scientifique, servent en réalité les intérêts de pragmatisme, d'étalonnage et de formatage du new public management. L'université, dans cette forme de servage, prend sa place, elle, sur le marché de la formation reconnue dans une logique de profit et au détriment d'une certaine éthique qu'elle devrait à mon sens défendre.

Le piège, c'est que certains veulent faire croire que parce que c'est du chiffre, du calcul, c'est de la science. Je cite Jean-Claude Milner, psychanalyste, qui a beaucoup écrit sur l'évaluation. En 2004 déjà, il dira ceci : "les évaluateurs se présentent au nom de la science, et en France, devant la science,..., on courbe la tête...L'évaluation n'est pas une science mais un art du management"⁵.

« Nous sommes à l'ère des bonnes nouvelles. Elles peuvent prendre des formes étranges, comme celles d'annoncer régulièrement que tous nos symptômes vont disparaître, être guéri, de plus en plus vite", écrit Eric Laurent⁶. C'est ainsi que le KCE est venu répondre à la problématique du burn out avec un "système de soins psychologiques" assorti d'un plan "evidence based practice" avec 7 millions d'investissements prévus pour inciter les praticiens à adopter cette idéologie de soin soi-disant "scientifiquement prouvé", mais en fait soufflé par des lobbyistes qui jouent de marketing et de cosmétique sur le marché du soin et du remboursement par l'assurance santé pour faire croire que "la"meilleure méthode existe.

Le tort du politique est de se laisser séduire par ces discours qui jettent le discrédit sur tous les praticiens qui ne suivent pas ces "bonnes pratiques". Le même pour tous prend le pas sur la finesse du cas par cas. C'est une grande perte. Or, le soin, formaté, dénué de toute diversité, paradoxalement va voir, à n'en pas douter, son indice "qualité" descendre en flèche. Et cela pourrait coûter cher, comme on peut l'apercevoir dans le cas de cette jeune patiente que je vous ai présenté.

Cela a aussi des conséquences sur la relation même patient/soignant. A partir du moment où l'on évalue, on est en position d'expert. L'autre est transformé en "chose évaluable", qui n'a d'autre choix pour accéder au soin que d'accepter le contrat entre évaluateur (même s'il se présente comme psy, médecin) et évalué. Car les patients aussi sont évalués: troubles légers: 5 séances! Modéré? case psychiatre (qui peut poser un diagnostic en ayant vu qu'une le fois le patient. Du diagnostic découlera le nombre de séances). Sévère? Out!! Car si le patient n'est pas remis sur pied, apte au travail (le rapport se base sur le "fléau" (sic) qu'est l'absentéisme au travail), que va-t-il advenir de lui? Sera-t-il exclu? Une fois qu'il n'aura pas su bien utiliser les outils que l'état met gracieusement à sa disposition, que va-t-il devenir? Je pense au durcissement de l'accès au statut d'incapacité de travail, à la disparition des médecins conseil...et je m'inquiète pour les patients les plus fragiles face à ce qui devient une bureaucratie dont on veut nous rendre complice. Nous risquons d'être de très mauvais patients bien déraisonnables dans un trajet de soin si bien pensé pour notre bien.

Avec le partage des données qui va avec la reconnaissance du psychologue qui sera soumis à l'exigence de remplir le dossier médical, accessible aux autres praticiens, il y a de quoi s'inquiéter. Pilule "numérique". Psychiatrisation,

médicalisation donc, et probablement augmentation des prescriptions d'antidépresseur...ça va coûter cher.

Changement forcé de paradigme:

Le formatage de la rencontre et la « protocolisation » des pratiques visent à évacuer ce qui n'est pas calculable, mesurable. Dès lors, cela porte atteinte à ce qu'il y a d'humain tant du côté du travailleur que du patient. D'ailleurs, la relation de confiance change de nature et devient une relation contractuelle prestataire de service/client. C'est la perte de la relation dite asymétrique ou transférentielle, point pivot de tout espoir de modification psychique pour le patient.

On pourrait aussi parler dans ce cadre des effets de burn-out pour les soignants de devoir travailler dans ces conditions de déshumanisation et de pousser-à-la performance complètement hors-sens. Alain Supiot, juriste, spécialisé en droit du travail cité en exergue, nous dit à ce propos que nous passons du taylorisme, avec l'homme-machine qui ne doit pas penser de l'ère industrielle, à un travail déconnecté de la réalité, avec un homme "programmé" pour penser et se comporter, se reprogrammer s'il le faut, en fonction d'indicateurs de performance et d'amélioration, ce qui peut, selon lui, avoir des effets déshumanisants.

Et cela va de pair avec la disparition de la prise en compte de la souffrance:

La tendance actuelle est ainsi de réduire le soin à l'acte, alors que nous savons qu'il est intimement lié à la qualité du lien entre le patient et le soignant.

"Aujourd'hui, nous traitons davantage des symptômes- via les médicaments- que la souffrance des patients" Serge Kloop, psychiatre français, réagissant à la proposition d'un parlementaire français de mobiliser les psychiatres pour la détection des patients susceptibles de se radicaliser et passer à l'acte. (atteinte au SP et dérive sécuritaire).

Le paradigme managérial fonctionne en terme de problème/solution (radicalisation → détection) puisqu'il faut que ce soit chiffrable. Dans le cadre de la santé mentale que je connais le mieux, nous tombons dans une logique de gestion de troubles. Logiquement, les politiques cèdent à cette logique, et c'est leur tort, car cela rend les choses compréhensibles, simples et efficaces, ce qui permet de vendre leur propre efficacité. Ce faisant, ils donnent du pouvoir aux discours à l'allure scientifique, technocrates et désobjectivant, puisqu'ils font passer l'être humain pour un objet. Ce sont tous ces discours qui vendent qu'il y aurait une seule manière, efficace, de soigner et d'accueillir la souffrance humaine. On ne se soucie plus de l'intérêt public, de la santé des gens mais des résultats et de la bonne "gouvernance". En réalité, l'objet même de l'action politique passe aux oubliettes...

Il n'y a plus aucune préoccupation pour la souffrance humaine, les troubles qui font désordre (dans ce cas-ci dans le monde du travail) doivent disparaître. On redresse, on rééduque, le patient est sommé de guérir vite et avec ce qu'on lui donne gracieusement... Sinon. On sait que nos prisons regorgent de patient

psychiatriques qui n'ont rien à y faire. Ca ne risque pas de s'arreter. Et...ca aussi, ça coute cher.

Je vous renvoie aussi à un autre témoignage sur le site du Copel, celui de Luc Vander Vennet qui témoigne, après y avoir travaillé plus de trente ans, que la nouvelle psychiatrie "evidence based" et soumise au système managérial, augmente les demandes d'euthanasie et en est la cause. Une thèse a été menée en Flandre à ce sujet:

https://www.nrc.nl/nieuws/2017/08/23/verwaarlozing-van-de-psychiatrie-is-levensgevaarlijk-12641386-a1570851?utm_content=buffer575&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer

Son texte pointe également que:

-les services psychiatriques sont soumis à des normes de rentabilité inconcevables et que cela a des effets; on sélectionne les patients.

- les institutions ne prennent plus que des patients encore "socialisables" (entendez, pouvant éventuellement reprendre un travail). Cela implique que toute une série de patients ne sont plus soignés. De plus en plus de malades mentaux se retrouvent dans nos prisons ou dans nos rues, alors même que ces services "spécialisés" ont des lits de libres. Le "diagnostic" est donc un instrument de rejet de toute une série de patients.

- Avec les concepts de "socialisation" et d'"efficacité" promu par les soins "evidenced based" que la ministre De Block veut imposer (<https://pro.guidesocial.be/actualites/le-plan-evidence-based-practice-en-marche.html>)

ce n'est plus au traitement d'être efficace, mais au patient, d'être efficace dans la société. Sinon, il n'a plus de place nulle part. Il lui reste éventuellement l'euthanasie, on oblige certains services de faire en même temps de la prévention du suicide et d'informer sur la procédure d'euthanasie, traitement par excellence face aux difficultés de la vie.

Une place plus que tendancieuse pour le soignant:

Quelles seront les fonctions de nos institutions à l'avenir? Nous savons que notre travail participe pour une part à une certaine paix sociale.

Mais avec le modèle managérial, les soignant se voient assignés à une place plus que tendancieuse, je cite ici Thierry Van de Wijngaert, qui voit deux impasses à la logique de gestion comptable dans le champ de la santé, et particulièrement de la santé mentale: "D'une part, une impasse sociale dès le moment où ce modèle qui vise la performance ne peut que fonctionner par l'élimination vers l'extérieur de ce qui réduit son efficacité. Or, le propre d'une société, c'est d'être un système sans extériorité. De ce point de vue, les services "psy" sont alors assimilables à des services de gestion (recyclage ou stockage) de déchets. D'autre part, leur conception de l'être humain fondée sur la notion de besoin et d'éducation du besoin du client en fonction de ce qu'on a planifié pour lui proposer à l'achat, constitue une aberration au regard de ce que la clinique nous enseigne quotidiennement" (p.45).

Références:

- i. <http://www.college-de-france.fr/site/alain-supiot/La-gouvernance-par-les-nombres-film.htm>
- ii. <https://www.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2012-2-page-1.htm> (article de Yves Chapoz et de Pierre-Charles Pupion)
- iii. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_265_Psychotherapy_Report.pdf
- iv. <http://www.copel-cobes.be/Sommes-nous-encore-toleres-Une-etude-sur-la-cadre-de-la-sante-mentale-en-Grande>
- v. Voulez-vous être évalué?-entretiens sur une machine d'imposture, Jacques-Alain Miller et Jean-Claude Milner, Paris, Grasset, 2004.
- vi. Éric Laurent, L'évaluation comme symptôme et comme ravage La petite girafe n°19, Avril 2008, p. 27.
- vii. La "Qualité", signifiant-maître de l'évaluation, Thierry Van de Wijngaert, Quarto 85, 2005,
p. 42-45.

Marie BREMOND : psychologue clinicienne au CMP du Service Social Juif à Bruxelles, membre du Collectif COPEL-COBES. - Pourquoi un collectif des praticiens de la parole ? Retour sur les actions du collectif COPEL-COBES.

Dans un box, seul avec un thérapeute rééducateur, face à un tableau en velcro garni de petits pictogrammes représentant de la nourriture, un enfant reçoit une bouchée de l'aliment qui correspond au pictogramme dont il se saisit correctement. Après un premier refus de poursuivre l'éducation alimentaire par le pictogramme, il cède à la contrainte et s'applique, jusqu'au moment où il s'empare du pictogramme des WC. L'éducatrice lui suppose une envie urgente, et l'accompagne aux toilettes. Mais une fois arrivé aux toilettes, l'enfant n'ouvre pas la porte des wc, et tourne obstinément en rond. L'éducatrice tente de le ramener alors vers sa tâche, il s'y refuse, et s'agite plus violemment dans l'espace comme pour le trouer, jusqu'à ce que les cris indiquent un refus plus radical encore de retourner manger. J'assiste à la scène qui se déroule dans un centre ABA (Applied Behavioral Analysis) aux Etats Unis. Rééduqué par cette thérapie cognitivo-comportementale pour ses symptômes autistiques, l'enfant s'extrait de l'espace qui lui est assigné par la seule issue qu'il trouve dans le cadre qui lui est imposé et son refus s'achève sur une forme de passage à l'acte. Dans l'idéologie de cette méthode autoritaire, il n'existe pas d'espace-temps qui échappe à la rééducation. Dans celui de la subjectivité, il en va tout autrement, un espace est dédié principalement à cela : celui de la parole. Quand celui-ci ne trouve plus d'inscription, la violence devient la réponse qui produit peu à peu l'exclusion du sujet de la société.

Cette thérapie autoritaire ABA est articulée autour d'un espace dont la parole est délaissée au profit d'une méthode unique que le thérapeute rééducateur se résigne à appliquer et face à quoi l'enfant ne trouve plus que le geste pour exprimer son refus. La science-fiction n'a rien à envier à cette réalité. Est-ce une tératologie comportementale dont les états Unis seraient les seuls adeptes ?

Rien n'est moins sur! Le modèle unique de thérapie comportementale et la disparition de la parole sont bien les effets pervers que produiront notre future réforme de santé de l'état dont la loi De Block concernant le statut de l'exercice de la psychothérapie datant du 14 juillet 2016 et les rapports du centre fédérale d'expertise des soins de santé, KCE (modèle de remboursement et de réorganisation des soins psychologiques et orthopédagogiques en Belgique, 2016¹³, et « vers un plan intégré d'Evidence Based Practice » en 2017¹⁴) sont les dernières illustrations. Cette loi et ces rapports participent d'un mouvement idéologique issu des théories de gestion et management actuels en santé publique.

C'est en réaction à la lecture de la loi De Block, ainsi que le premier rapport du KCE en 2016 que le collectif des praticiens de la parole *COPEL-COBES* est né il y a plus d'un an regroupant des praticiens de la santé mentale d'horizons divers, et des deux régions de la Belgique autour d'un meeting au Centre Médico-Psychologique du service social juif de Bruxelles. Ce collectif s'est créé dans l'urgence pour

¹³ KCE, 14 avril 2016, rapport 265B. "model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium".

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_265_Psychotherapy_Report_0.pdf

¹⁴ KCE, juillet 2017, rapport 291Bs, "vers un plan intégré d'Evidence based practice en Belgique".

analyser, réfuter, dénoncer ces rapports et textes de loi visant à rééduquer, et annuler la parole au cœur de nos pratiques. Une série d'actions ont concrètement marqué cette année riche en résistance. Je reprends ici la liste que Gil Caroz, l'un des fondateurs du Collectif avait mise en valeur pour l'argument du premier meeting du 28 septembre dernier :

1. Plus d'une centaine de textes dénonçant les méfaits de la version « Maggie » de la loi sur les professions des soins de santé mentale et les dérives de la *Commission des Psychologues* ont été diffusés sur la liste, chacun en français et en néerlandais ;
2. Des informations concernant différents recours juridiques initiés contre la loi De Block, notamment par l'association *Alter-Psy*, ont été relayées ;
3. Un lien s'est établi avec le *Guide Social*, qui a diffusé plus largement certains textes publiés par la liste du *Copel-Cobes* ;
4. Une pétition contre la loi De Block a été rédigée et diffusée. Plus de 3 890 signataires ont répondu à l'appel ;
5. *L'APPELpsy* et le *KLIpsy*, associations de psychologues francophones et néerlandophones suivant l'esprit du *Copel-Cobes*, ont été créées.
6. Une lettre collective a été adressée à la *Commission des Psychologues* contestant son mode de fonctionnement ;
7. Un appel à écrire individuellement une lettre au Ministère des Classes Moyennes a été lancé en collaboration avec d'autres associations professionnelles, démontrant l'illégalité du Code de déontologie de la Compsy ;
8. Des représentants du *Copel-Cobes*, de *L'APPELpsy* et du *KLIpsy* ont été reçus par le Bureau de la *Commission des psychologues*, au Cabinet du Vice-Premier Ministre Didier Reynders et au Cabinet de la Ministre de la Santé Maggie De Block ;
9. Des rencontres avec d'autres associations professionnelles ont eu lieu afin de mesurer la possibilité d'une action commune sur certains points. Parallèlement, *L'APPELpsy* et le *KLIpsy* ont présenté la candidature de quelques-uns de leurs membres au *Conseil Fédéral des Professions des Soins de Santé Mentale*. Deux membres de *L'APPELpsy* et un membre de *KLIpsy* y ont été admis. La première réunion de ce Conseil a eu lieu le jeudi 6 juillet.
10. Un premier meeting du *Copel-Cobes* a eu lieu ayant pour objet « stop à l'emprise managériale en santé mentale », avec plus de 250 participants, un prochain meeting aura pour objet « STOP à la déshumanisation du soin » le 21 décembre, visant à étendre l'action du collectif aux professions, entre autres, du champ de la santé, du paramédical, de l'éducation, du domaine juridique.
11. Des extraits d'interventions ayant eu lieu au meeting du 28 septembre ont été adressés par e-mail aux parlementaires du gouvernement fédéral.

Dans un objectif de réduction de coût en santé en premier lieu, la ministre de la santé a souhaité implanter un modèle qui permette de lier efficacité et économie, calqué grossièrement sur le modèle de l'entreprise. Le soin, le corps et le psychisme sont devenus des marchandises, et le sujet contraint d'apprendre à reconnaître la valeur marchande de sa parole, celle qui lui rendra un métier par exemple, en cas de *burnout*, ou lorsqu'il doit répondre aux entretiens pensés par Actiris et le Fond Social Européen dans le cadre de la réinsertion professionnelle après la

prison, dont le seul souci est de savoir si le sujet est apte ou non à la remise à l'emploi. Notre collectif n'a cessé de mettre en valeur par des textes les effets déshumanisants de cette dérive étatique.

Ce modèle de rentabilité économique ne serait pas ce qu'il est s'il n'était pas au service d'une idéologie plus profonde que la logique marchande, la logique managériale techno-scientifique qui croit en la production d'un espace de soin non dialectique, c'est à dire sans espace privé, où tout serait public et transmissible. L'espace privé, celui qui définit la parole intime complexe, opaque qu'on adresse à son médecin, son psy ou son éducateur, est un non-lieu dans l'esprit du gestionnaire. Au cœur du nom du collectif le choix de ce terme « parole » comme un acte de résistance essentiel à ce qui vise sa destruction.

L'OMS a fait rentrer en 2001¹⁵ la santé mentale dans ses préoccupations, dans ses protocoles d'évaluation, avec à l'appui de tests pour la mesurer, standardisés à l'échelle mondiale¹⁶. Depuis, les états appliquent les préconisations de cette organisation s'occupant de la santé dite « publique ». Publique non comme tel ou tel service public, mais publique comme n'appartenant plus à la sphère du privé. Et dans ce mouvement, l'extension de la santé publique à la santé mentale, indique une absorption de la sphère privée par le public. Dans le dernier rapport KCE (guidelines de bonne pratique 2017), ce sont toutes les professions paramédicales qui sont impliquées (kiné, logopèdes, psychomotriciens, sages-femmes, etc...). Fénérisie de l'illimité où tout est à repérer, à rendre visible. C'est la rêverie gestionnaire que propose le dossier *E-Health*, le dossier médical partagé, les indicateurs généraux et spécifiques qui viendraient profiler par algorithmes nos parcours de soin dans un espace transparent. C'est aussi le rêve d'un ordre des psychologues qui viendrait favoriser la mise en ligne des plaintes des patients par exemple.

Dans un espace où la parole ne se rêve plus que comme outil communicationnel, les méthodes de captation de celui-ci se passent aisément des biais peu chiffrables du transfert, si chers pourtant aux praticiens de la parole. Nul besoin de suivi de longue durée, ou indéterminé pour les petits problèmes psychiques. Les pairs aidants éducateurs, les voix rassurantes d'ordinateurs aux logiciels Computerized-CBT¹⁷ /ou encore les bases de données de *littératie* en santé¹⁸ suffisent aux 5 séances que proposent le KCE pour des soins de première ligne. Pour le professionnel accrédité à pratiquer la méthode unique que propose par exemple la loi de Block...un peu de forçage suffira : « Implémentation » dit le rapport KCE, le professionnel doit être en effet stimulé, par un système « push » and « pull »¹⁹. « D'abord la carotte puis le bâton »²⁰ écrivent les experts, que cela lui permette de s'a

¹⁵ Cf "la situation de la santé mentale", guide des politiques et des services de santé mentale. 2004.
http://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf

¹⁶Cf par ex. les tests proposés par des chercheurs mandatés par la COCOF pour une étude programmation "élaboration d'indicateurs contextuels, d'activités de services, d'un rapport d'activité et de dossier individuel du bénéficiaire standardize". Il s'agit "de rendre compte de la cohérence de l'offre ambulatoire", "capitaliser les données et les harmoniser", et construire des indicateurs d'évaluation de celle-ci. on y trouve l'outil du test SCL-90R ou GHQ-12 construits

¹⁷ KCE, rapport 265b, p.49. "stepped car developed by NICE

¹⁸ KCE, rapport 291b, p.16

¹⁹ KCE, rapport 291b, p.20

²⁰ KCE, rapport 291b, p.10

dapter aux nouvelles méthodes avec appui sur les guidelines qu'il trouvera sur EBMPracticeNET. Sur le traitement de l'autisme on y trouve notamment des références basées sur le traitement ABA de Lovaas pour les enfants autistes, et bien nous y voilà aussi !

L'*Evidence Based Practice* s'est transformée depuis sa création par D.Sackett qui promouvait à l'époque une *Evidence Based Medicine* sur un trépied²¹. Une expertise clinique, le choix du patient et les références *evidence-based* dans la recherche constituaient ce dernier. Il n'en est plus question pour le ministère de la santé belge qui prône les psychothérapies Evidence-based. L'*EBM* ne fait plus de place à l'expertise clinique ou au choix du patient, la simplification du soin est telle qu'il ne s'agit plus que d'adopter les références désormais classées dans l'*EBMpracticeNET*²².

C'est aussi la rééducation par apprentissage qui devient généralisée et acéphale. La parole a perdu son sujet. Les éducateurs, ou aides-soignants seront peu à peu substitués par des robots pour l'accompagnement des personnes âgées, les psy par une voix sur ordinateur pour les névrosés, la supervision des pratiques par un « monitoring »²³ pour les professionnels qui doivent s'adapter aux nouvelles guidelines. L'orthopédagogie sera la toute nouvelle profession répondant aux impératifs de considérer les symptômes comme des déficits d'apprentissage. Les moins rééducables sont déjà de plus en plus exclus dans des institutions médico-légales qui prolifèrent. Les pathologies pouvant encore être considérées comme inclusibles dans le secteur psychiatrique deviennent peu à peu des cas intolérables, à redresser, rééduquer.

Enfin la valeur comptable crée des individus comparables. J-A. Miller disait à propos de l'évaluation « l'expérience de l'évaluation fait passer un être de son état d'être unique, à l'état de l'un-entre-autres »²⁴. Il est tellement chiffrable, que dernièrement le collectif faisait valoir dans l'usage de la langue des gestionnaires s'occupant des sans abris et des détenus, la dérive syntaxique des parcours de vie singuliers vers des « flux ». Comparaison des sujets, comparaison des lieux d'accueil par des cabinets d'audits privés, mis en concurrence pour gérer non plus ces sujets, mais ces « flux » ou ces « stocks » de sans abris. Dans cette logique de la comparaison, la sphère de ce qui échappe, c'est à dire l'insocialisable, le privé, l'intime qui se loge dans la parole entre soignants et soignés disparaît et avec elle l'idée qu'un espace lui serait nécessaire. Comme la réponse du petit enfant autiste, à la tentative coercitive de soin, répondra chez les patients une violence accrue. Une violence, ou plutôt une détresse qui tente de produire par la force une sortie de cet espace public sans paroles.

Tant qu'il le faudra, le collectif ne cessera de recréer avec la force énonciative de ses meetings ou de ses textes, un espace de parole pour que les praticiens puissent marquer leur contestation. Il s'agira de veiller à faire entendre dans l'espace public la nécessité qu'ont les praticiens de faire exister un espace qui échappe au public ! Enfin la force de le manifester collectivement est une objection suppléme

²¹ Sackett D, *Evidence based médecine : what it is and what it isn't*, British Medical Journal, J312 :71-72,1996

²² KCE, rapport 291b, p.6

²³ KCE, rapport 291b, p.10

²⁴ Milner J-C, Miller J-A. "voulez-vous être évalué", Ed.Grasset.

ntaire à ce que produit cette technoscience : un être isolé, sans transfert, sans li
en social.

Alexandre BEINE : Psychiatre, psychanalyste, médecin-chef de la maison d'adolescents Area+ - Que pourrait défendre la psychiatrie au sein de la Santé mentale ?

Je me propose de dégager certaines lignes de force qui sous-tendent l'articulation entre la psychiatrie et la santé mentale. Pour ce faire, j'aborderai rapidement l'inclusion par le politique de la première dans la seconde et les changements de paradigme qui s'ensuivent, du point de vue politique et du point de vue thérapeutique. Je soulignerai enfin certaine spécificité de la position éthique du psychiatre qui me semble être encore utile dans la pratique des soins psychiques.

Depuis une trentaine d'années, le politique a opéré en Belgique un glissement dans l'organisation des soins psychiques. En accord avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il cherche à désinstitutionnaliser la prise en charge des personnes souffrant d'une psychopathologie. Il a fait sortir les malades hospitalisés à long terme des asiles psychiatriques pour leur faire intégrer des Initiatives d'Habitation Protégée ou des Maisons de Soins Psychiatriques à partir des années 1990.

Puis, en 2002, il s'est proposé d'utiliser l'article 107 (de l'arrêté royal contenant la coordination de la loi sur les hôpitaux et d'autres formes de soins) pour réallouer une partie des budgets des hôpitaux psychiatriques afin de créer des réseaux de soins ambulatoires de santé mentale, mais aussi – même si c'est moins connu – des unités résidentielles de soins intensifs.

La mise en œuvre de cette réforme s'est accélérée à partir de 2010 avec la généralisation des équipes mobiles.

Dernièrement, en 2015, la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et adolescents a vu le jour, visant elle aussi la formation de réseaux et favorisant des soins en dehors des hôpitaux psychiatriques. Ces différentes politiques participent de la même volonté d'élargir l'offre de soins psychiques, de déstigmatiser les malades mentaux et de les réintégrer dans la société. Mais elles ont eu une autre conséquence, d'ordre politique, faisant passer l'organisation des soins d'un modèle de gouvernance verticale à un modèle de coordination horizontale.

En passant des soins psychiatriques aux soins de santé mentale, le politique a mené à l'abandon d'une organisation des soins par les psychiatres, qui assuraient la direction thérapeutique des équipes soignantes et en assumaient la responsabilité, pour plébisciter une organisation en réseaux, où les psychiatres collaborent avec les membres des autres professions (psychologues, orthopédagogues, psychomotriciens, assistants sociaux, infirmiers, éducateurs etc.) sans préséance de l'un ou de l'autre. Cette coordination horizontale est de plus en plus manifeste, comme le montre l'injonction politique récente (émanant du SPF Santé Publique, voici seulement quelques semaines) exigeant que les organes de décisions des réseaux de santé mentale infanto-juvénile se composent de maximum un tiers de représentants du « secteur de la santé mentale », d'un tiers du « secteur de la santé et du bien-être » et de minimum un tiers de représentants des autres secteurs. Au sein des réseaux de santé mentale, les professions de santé mentale sont donc minoritaires dans les

organes décideurs : ainsi en décide le politique, qui n'assume pas sa propre verticalité impérative.

La réorganisation par le politique des soins psychiques en soins de santé mentale connaît aussi une conséquence moins évidente, plus insidieuse, qui découle de la définition de la santé que promeut l'OMS depuis sa création. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition a le mérite de manifester l'intention de considérer la santé de la personne dans sa globalité, sans oublier son psychisme, et de prendre en compte les maux dont elle souffre, même s'ils ne sont pas reconnus comme des maladies par la médecine. Mais la santé est alors présentée comme un état de complétude totale, de positivité ne souffrant aucune entame. Il est à parier que peu de gens peuvent se targuer d'être en bonne santé selon de tels critères. Car le bien-être ne peut être atteint à travers des modalités objectives : il s'agit d'une notion relevant de la subjectivité de chacun. Pourtant, selon les recommandations de l'OMS, les soins de santé mentale visent bien une telle complétude et chargent ainsi les professionnels d'une mission pour le moins étonnante, car impossible à réaliser si la subjectivité n'est pas prise en compte et toujours incertaine quant à son accomplissement définitif.

La psychiatrie quant à elle est une spécialité médicale qui s'intéresse aux pathologies du psychisme, aux maladies mentales, dont elle cherche à comprendre les ressorts aux fins de les soigner – voire de les prévenir. Au premier abord, elle semble ainsi ne concerner qu'une partie de ce que l'OMS définit comme la santé, celle de la maladie et de l'infirmité. Mais on peut envisager son approche comme inversée par rapport à cette définition positivée de la santé. L'objet de la psychiatrie se définit comme négatif : elle se soucie de ce qui ne va pas, de ce qui ne fonctionne pas, des maux psychiques de l'humain. Plutôt que de viser un idéal de bien-être gommant la subjectivité de chacun, cet objet négatif permet de penser que toute existence humaine est concernée par un manque, et qu'ainsi tout humain est confronté à la détresse et à l'angoisse. L'étude de la pathologie permet ainsi l'appréhension du fonctionnement psychique de l'humain, marqué par le manque bien plus que par une complétude toujours illusoire. Ceci n'est évidemment pas une bonne nouvelle, même si chacun s'y reconnaîtra sans surprise. Et défendre ce point de vue risque fort de faire passer les psychiatres pour de tristes sires, décourageants pessimistes.

C'est précisément cette position inconfortable qui me semble constituer une spécificité des praticiens de la psychiatrie. Ils se tiennent en équilibre fragile sur une division, entre la médecine comme technique scientifique et la médecine comme art . D'une part, les connaissances scientifiques permettent le développement de technologies médicales efficaces, comme les médicaments antidépresseurs ou les neuroleptiques à visée antipsychotique sont de bons exemples, mais la science nécessite une généralisation des observations, des expériences et de leurs applications. En clair, les technosciences médicales s'adressent à des groupes, à des populations, mais leurs résultats restent incertains quand elles sont appliquées à un cas particulier.

D'autre part, l'art médical consiste en une clinique du cas par cas, une clinique de la découverte renouvelée au sein d'une relation médecin-malade singulière. Elle concerne à chaque fois une seule personne, un sujet, et ne peut être généralisable dans ses résultats. Cette division est redoublée dans le rôle social

du psychiatre, puisqu'il est investi de missions de santé publique par le politique, qui s'intéresse prioritairement à la population dans son ensemble, mais qu'il reste responsable au cas par cas de son appréciation diagnostique et du choix de la thérapeutique. Bien sûr, cette division est valable pour tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, mais les psychiatres ont ceci de particulier qu'ils s'occupent des pathologies du psychisme, c'est-à-dire des maux qui concernent précisément l'appareil à penser et à désirer. Pour eux, l'art médical ne se limite pas à de bonnes capacités de communication ou à une empathie particulière, qui faciliteraient le travail technique proprement dit. Leur art n'est pas un bonus facultatif qui rendrait les soins plus supportables aux patients. En psychiatrie, tout l'art réside dans le choix de faire des exceptions aux généralisations scientifiques.

Je vous donne un exemple. Il s'agit d'un jeune homme que je recevais hier à ma consultation et que je suis régulièrement depuis plusieurs années. Il a connu plusieurs épisodes délirants et hallucinatoires qui l'ont fait interrompre ses études, mais il ne souffre plus de symptômes productifs, grâce notamment à un traitement neuroleptique, et il a récemment terminé son cursus universitaire. Hier, il m'a déclaré qu'il n'arrivait pourtant pas à chercher du travail, qu'il avait le sentiment que son existence était finie et qu'il n'avait même aucune raison de vivre. Pourtant il m'a expliqué qu'il prenait maintenant plus plaisir à ses loisirs que pendant ses années d'université. Quel était alors mon choix ? Je pouvais considérer cette symptomatologie de manière objective, comme un négativisme psychotique, une anormie, c'est-à-dire une perte d'élan vital, ce qui pourrait être traité en augmentant la dose de neuroleptique atypique ou en changeant de molécule... Ou je pouvais faire l'hypothèse d'une dépression, à traiter par antidépresseur... J'ai pris le parti de la subjectivité, donc d'en parler d'abord avec lui, de sonder les représentations qu'il se faisait du travail et de ce que serait pour lui une raison de vivre. Lui-même a ensuite proposé d'essayer de diminuer sa médication. Et nous nous sommes quittés en convenant d'ouvrir sa question, de chercher ensemble ce qui pourrait lui donner envie. Je crains cependant que la position que j'ai choisi de prendre ne figure pas dans les recommandations scientifiques consensuelles pour le traitement de l'anormie dans les troubles psychotiques.

Si vous avez accepté de me suivre jusque-là, vous m'objecterez peut-être que ma position est respectable et qu'il n'y a pas forcément de quoi s'inquiéter. L'exercice de la médecine prévoit en effet que chaque praticien reste libre du choix de la thérapeutique. Mais défendre la position du psychiatre en tant que divisée devient bien moins évident quand on prête attention à certaines nouvelles législations, qui rabattent la psychiatrie dans le champ exclusif des techniques scientifiques. Je vous en donne deux brefs exemples pour terminer.

La loi de 2016 qui régleme les psychothérapies escamote purement et simplement les psychiatres : elle prévoit que les psychologues, les orthopédagogues et les médecins puissent pratiquer la psychothérapie, mais elle évacue la spécificité de la clinique psychiatrique. La loi de 2014 organisant les procédures d'internement des personnes ayant commis un crime ou un délit prévoit que l'expertise psychiatrique puisse être effectuée « avec l'assistance d'autres spécialistes en sciences comportementales » : elle réduit donc les psychiatres à des scientifiques ne s'intéressant qu'au comportement, même plus au psychisme. Il est donc plus que temps de résister à cette réduction et de

défendre cette position marginale de la psychiatrie au sein de la médecine, et plus généralement de la santé mentale.

Sébastien GRATOIR : enseignant en Sciences Sociale à l'IESSID (HE2B) à Ixelles et membre de « Ecole en Colère » - *Le secret professionnel : le silence a du sens – une lutte d'Ecoles Sociales en colère.*

Je parlerai ici de mon point de vue personnel, de mon expérience comme enseignant de l'école sociale bruxelloise IESSID (formant des assistants sociaux mais proposant aussi d'autres types d'étude) et participant-organisateur d'actions du mouvement « Ecole en colère ». Ce dernier n'est pas un groupe défini avec des « membres », ce sont des enseignants, étudiants, usagers, travailleurs sociaux, ... qui se rassemblent dans cet « espace-temps » pour discuter, agir, avec leurs avis parfois différents. Je parlerai donc ici en mon nom. Je commencerai par reprendre une question de votre argumentaire invitant au débat ce matin : « Les professionnels [ici de la santé mentale] ne risquent-ils pas de devenir eux aussi des agents d'exclusion des plus fragiles ? »

En octobre 2014, les enseignants de l'école sociale IESSID se retrouvaient dans la salle du personnel assez choqués des lignes directrices du nouvel accord de Gouvernement fédéral. Ils se sont (re)posés la même question que vous. « Allons-nous continuer à être ou former des agents d'exclusion des plus fragiles ? ». C'était malheureusement dans la lignée des précédents gouvernements, mais les mots utilisés et projets prévus en terme de politique sociale allaient très loin. Parmi les « brillantes » idées de cet accord, le fait d'encre plus contrôler la « fraude sociale », on s'entend, celle des allocataires sociaux, des demandeurs d'emploi. Qui de mieux placé que le travailleur social pour vérifier les informations, ressources des usagers ? Le secret professionnel risquait d'y perdre des plumes. Nous y reviendrons. Quelques jours plus tard, il y eut un appel à manifester par les syndicats. Au départ sans se concerter, les étudiants de l'IESSID avaient décidé d'y participer, les enseignants aussi. Ils se sont finalement rassemblés mais ne savaient sous quelle « couleur », quel « slogan » manifester. Qu'est-ce qui nous rassemble ? Nous sommes une école et le sentiment général qui nous anime... la colère. « Ecole en colère » fut donc au départ l'inscription « taguée » sur un drap de lit pour la manifestation (qui est longtemps resté sur le mur extérieur de l'école ou à l'intérieur dans les escaliers).

Lors des grèves qui ont suivi, l'école a suspendu les cours (décision du CA) mais nous avons demandé de laisser l'école ouverte pour réfléchir ensemble à ces politiques sociales : atelier langue de bois, projections, réalisation d'un document avec les 10 points qui nous rassemblaient, ... Lors de ces assemblées, de plus en plus de personnes extérieures venaient (étudiants et enseignants d'autres écoles, usagers, travailleurs sociaux, ...). La dynamique intéressait. Nous avons décidé de sortir aussi et d'aller soutenir l'occupation par les Acteurs des Temps Présents du Service public de programmation Politique scientifique (Belspo), voué à disparaître faute de moyens financiers et politiques. Le début d'une belle histoire entre les deux collectifs. Cela nous a inspiré pour les trois occupations de CPAS que nous avons réalisées. Forest, St-gilles et Ixelles, toujours avec l'accord du président de CPAS. Un espace-temps de rencontre en soutien aux travailleurs sociaux et usagers. La démarche a souvent été bien accueillie car elle venait d'une école sociale (parfois ancienne école de certains travailleurs sociaux de l'institution). Pendant ce temps, dans notre bâtiment, nous projetions des documentaires et propositions de nombreux débats sur l'heure du midi ou en

soirée pour aiguïser notre sens critique. (voir les débuts d'École en colère dans l'article de la Revue Ensemble n°86, mars 2015, pg 41).

Cependant, nous pouvions aussi balayer devant notre porte. C'est un peu par hasard que nous avons appris comment notre école se faisait un peu « bras droit » de l'Etat contrôlant ou en tous cas ne luttait pas beaucoup contre certaines contraintes des CPAS sur nos étudiants eux-mêmes usagers ou de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans leurs exigences pour pouvoir s'inscrire en haute école (problématique pour tous les étudiants). Dans le premier cas, le PIIS (Projet Individualisé d'Intégration Sociale), signé par l'étudiant usager pour lui permettre d'avoir ses allocations, exige illégalement les (bons) résultats des examens de janvier et de justifier ses échecs (parfois par mail !). C'est une dérive qui pousse certains AS à juger hâtivement le début de parcours scolaire de l'usager. Nous avons envoyé à tous les CPAS un document, à l'origine signé par toute la haute école (ce n'est plus le cas pour l'actuelle HE2B plus frileuse) et des syndicats étudiants. Il rappelle la loi et la politique sociale trop contrôlante de leurs pratiques. Nous avons d'autre part mis la pression sur la FWB concernant des exigences absurdes lors de l'inscription de tous nos étudiants sur leur parcours passé allant jusqu'à la demande de recherches d'emploi pendant une période de chômage ou un billet d'avion pour prouver un voyage. Tout cela, soi-disant, pour montrer que l'étudiant n'était pas à ces moments-là en train de faire des études (trop) financées à l'insu de la FWB (l'étudiant ne peut pas rater plus de 3 premières années). Malgré les difficultés, ces deux actions ont fait « mouche ». D'autres écoles suivent et certains AS sont touchés par cette action. Nous avons finalement pu rencontrer la Fédération des CPAS bruxellois à ce propos. Certains étudiants se sentent plus solides et soutenus pour se défendre face à ces pressions. (Pour plus d'informations, voir les deux articles de la revue Ensemble, n°90, mars 2016, pg 40-45 mais également dans Alteréchos 422 9 mai 2016 pg 10-11). Un autre combat continue également maintenant que le PIIS est généralisé à tous les usagers, le « service communautaire », ce faux volontariat contractualisé imposé illégalement dans certains CPAS.

J'ai fait ce détour pour montrer toute la complexité des conflits dans lesquels « Ecole en colère » prend sa place. Il ne s'agit pas juste d'être frustrés, en colère, indignés. Nous le sommes depuis longtemps. Pas juste de « résister ». Nous le faisons tous les jours dans nos cours en enseignant à des futurs assistants sociaux, en montrant l'histoire, les travers du contrôle social si souvent prôné dans l'opinion publique, les médias et sur les lieux de stage. Cela se fait en classe, dans les débats, dans les tensions, les contradictions entre la théorie enseignée et le terrain qui leur donne « une claque » remettant en question tous les fondamentaux du travail social. Néanmoins, nous avons voulu passer à la vitesse supérieure concernant la remise en cause du secret professionnel, d'assumer haut et fort nos positions en conflit avec celles de nos politiciens actuels (et souvent aussi passés), en sortant de l'école. Pas pour défendre une profession, un groupe. Pour défendre nos convictions intimes, l'intégrité des personnes.

Octobre 2016, nous étions invités à une présentation organisée par la LCR (Ligue Communiste Révolutionnaire) lors de laquelle un enseignant d'une autre école présentait l'évolution des liens entre sécurité, terrorisme et travail social. On y apprit que la proposition de loi qui devait s'attaquer au secret professionnel dans le cadre de la fraude sociale allait être « élargie » au contexte terroriste. Pour

nous, c'était clair, une manipulation politique pour profiter de l'émotion du moment suite aux attentats pour mieux faire passer la pilule. En effet, à la base, rien ne justifiait de changer la législation existante, même pour « protéger » les potentielles victimes d'actes terroristes. En effet, ce qu'on appelle l' « état de nécessité » permet (je résume) d'agir pour éviter qu'un acte futur non hypothétique qui porterait préjudice à autrui ait lieu. Si le professionnel détenteur d'un secret n'agit pas et que son action aurait pu éviter le drame non hypothétique (si par exemple un usager dit clairement qu'il va commettre un crime, terroriste ou non), il peut être poursuivi pour « non-assistance à personne en danger ».

Au delà de cet aspect légal, détail important, il faut savoir que les faits qui ont été partagés en commission terrorisme pour justifier la loi ont été recherchés après le souhait de débattre de cette loi. Les quelques cas (deux à notre connaissance) problématiques où la communication entre justice et CPAS aurait été « coupée » venait d'une commune particulièrement connue pour son administration compliquée, très politisée et pas du tout en phase avec la N-VA, dépositaire de cette proposition législative. L'aspect « terroriste » de ces informations (qui n'auraient sauvé personne, il s'agissait d'informations administratives) n'avait pas de sens ici. Or, c'est ce qui a pris le plus de place dans les débats, surtout à partir du moment où le Conseil d'Etat a lui-même exigé que l'aspect fraude sociale (pour lequel plus de cas sont détectés) soit enlevé de la loi pour une question de discrimination.

Après les échanges sur le contenu de la loi lors de cette soirée de la LCR, il était question d'action. Que faisons-nous ? Certains « déliraient » en parlant de manifestation de travailleurs sociaux. Très vite, les petits sourires en coin montraient que l'on s'illusionnait. On y reviendra. Au lieu de cela, lors d'une discussion informelle autour d'un verre (très bon moyen pour casser les clivages), enseignants et étudiants ont commencé à plaisanter sur le fait que notre école allait, à force, devenir une « école de police ». La dérision a petit à petit laissé la place à une idée d'action « choc » très concrète. A peine quelques jours plus tard, BX1 (la télévision bruxelloise) venait filmer à l'IESSID la nouvelle bannière « Ecole de police » sur le mur de notre établissement, les changements de cours affichés (cours de port d'arme, histoire du terrorisme, fraude sociale, ...), l'annonce dans les classes de l'ouverture de cette nouvelle institution par des étudiants déguisés en policiers et l'arrestation de la professeur de déontologie et présidente du Comité de Vigilance en Travail Social (CVTS). De nombreuses personnes extérieures étaient venues voir ce « joyeux bordel » qui a touché les étudiants, enseignants non sensibilisés ou non informés. On espère que le public de BX1 a également été bousculé. Les débats commencent (enfin). Deux mois plus tard, nous apprenions que le dernier vote en commission allait avoir lieu. Une enseignante envoya un mail à plusieurs autres en disant qu'elle allait y assister et « partager » son désaccord. D'autres s'y allièrent et proposèrent, vu le silence exigé au public visiteur, de venir avec des t-shirts « AS Pas flic ». Debout au moment du discours de la parlementaire N-VA, les professeurs ont été photographiés et filmés par de nombreux médias. Ils ont été conduits à la sortie mais sans amende. Certains étudiants, collègues ou amis n'en revenaient pas de voir certaines de ces personnes, plutôt « calmes », « gentilles » et pas connues comme « militantes » oser agir de la sorte. Elles ont osé le conflit et cela a inspiré. Le jour même, nous envoyions des e-mails à la Ligue des Droits de l'Homme, l'Association de Défense des Allocataires Sociaux, le Réseau Wallon de

Lutte contre la Pauvreté, les Acteurs des Temps Présents, des CPAS... pour leur dire que nous allions faire cette fameuse manifestation, malgré le peu de temps pour s'y préparer. Ils nous ont suivis. Ce sont les syndicats qui nous ont appelés après l'annonce pour participer et relayer et non l'inverse!

Le jour où devait se voter la loi au Parlement en plénière, nous étions plusieurs centaines devant le Palais de Justice. Des écoles sociales (les étudiants se sont amusés à réaliser de beaux slogans-calicots), des travailleurs sociaux d'associations ou de CPAS qui avaient fait pression auprès de leur syndicat ou présidence pour être libérés, des usagers, des psychologues, avocats, éducateurs, ... Beaucoup de médias, de discours forts (y compris du Recteur de l'ULB, d'un médecin, d'un étudiant, d'une magistrate, ...), de bonne humeur (chansons, ...), du silence aussi (avec le geste fort du doigt devant la bouche pour dire que « le silence a du sens ») et... un report du vote. Vu le passage au Conseil d'Etat, il allait y avoir plusieurs semaines de « rien ». Or, cette loi, il fallait encore en parler. L'opinion publique et des travailleurs sociaux la comprenaient mal et retenaient uniquement l'avantage « sécuritaire ». Une députée de la majorité assumait de dire que c'était une loi « symbolique », pour « marquer le coup »... Mais à quel prix ? Celui de la perte de confiance de l'utilisateur envers son accompagnateur normalement prêt à l'écouter, à être dépositaire de ses « secrets ». La loi allait pousser à la dénonciation active (le travailleur social peut dénoncer s'il a des « indices sérieux » liés à une infraction terroriste, très flou...) et passive (quand le parquet exige qu'il divulgue une information, sous peine d'amende en cas de non respect). Une peur donc aussi pour le travailleur social qui, pouvant devenir paranoïaque, risquait de dénoncer à tout venant alors que plusieurs experts de la « radicalisation » le disent : les personnes qui risquent de commettre un acte terroriste sont en rupture sociale totale avec les institutions sociales. Cette loi n'allait sauver personne mais renforcer le contrôle social, les soupçons infondés, ... et démonter le sens de la relation d'aide.

Ces semaines avant le nouveau vote ont permis aux « absents » de s'exprimer. En effet, de nombreux travailleurs sociaux, en dépit de leur volonté de nous rejoindre à l'action, n'ont pas pu sortir de leurs CPAS, asbl, ... Faute à la distance, la hiérarchie, aux conditions de travail (pression des collègues et/ou des usagers en cas d'absence) ou au « style » d'expression de notre position (le principe de la manifestation, ce qui est critiquable). Nous avons alors proposé de lancer un buzz sur facebook et twitter avec des photos de personnes posant avec le doigt devant la bouche. Résultat, nous avons dépassé le millier de personnes qui ont dit qu'ils étaient en désaccord avec cette loi. De nombreuses écoles, mutuelles, syndicats, CPAS (dont un président appartenant au parti votant pour la loi) et associations dont certaines renforcées par des usagers qui se sont « amusés », ont été créatifs, sont sortis de leur anonymat pour dire « non ».

Lors de la première manifestation, nous n'avions pas l'accord de la police (qu'il faut demander 10 jours à l'avance alors que l'on ne connaît le passage d'une loi que 6 jours à l'avance, trouvez l'astuce...), nous étions « tolérés » dans cet espace vu que c'était hors de la zone neutre-interdite autour du Parlement et du Palais Royal. Cependant, le jour final du vote, nous étions une soixantaine de personnes (nous devons rester discrets donc l'action n'était pas annoncée sur les réseaux sociaux), contactées suite à la réception de ces fameuses photos. Nous étions en silence devant l'entrée des Parlementaires, avec un doigt devant la bouche et un t-shirt « le silence a du sens » et le nom de plusieurs « institutions

» ou métier (éducateur, avocat, psy, ...) et de villes flamandes (un réseau flamand nous avait rejoint) comme francophones dans lesquelles des personnes se sont exprimées contre la loi. Après dix minutes, la police militaire est intervenue mais nous sommes partis calmement. La Une du journal métro, plusieurs reportages de la Rtb, ... mais aussi un « succès » dans l'expérience. Plusieurs personnes de syndicat nous ont partagé qu'ils devraient plus souvent oser organiser des actions comme cela. Les personnes étaient très diverses (un parlementaire, deux étudiants de l'IESSID, Alexis Deswaef, un professeur de Louvain-la-neuve, deux présidents de CPAS, un travailleur d'une mutuelle, ...), ne devaient pas crier, se battre pour se montrer, s'exprimer. C'était digne, simple. Les journaux semblaient trouver « fous » qu'on ait osé manifester dans cette zone interdite alors que c'est dans ce bâtiment que beaucoup de choses se jouent, de décisions sont prises.

Ce n'est pas juste symbolique. Ce conflit de valeurs, ce conflit entre les fondamentaux du travail social et le principe de sécurité, est allé jusque dans l'hémicycle. Un député (pourtant de l'opposition), médecin, expliquait avoir « entendu » les proches de victimes et a partagé en plénière, je cite, que « D'autres nous ont dit, à tort mais de bonne foi, que pour eux, le secret professionnel était absolu. Ils ne dérogeront jamais à leur secret professionnel. On a évoqué ici les écoles d'assistants sociaux. C'est un sujet dont il faudra débattre dans certaines écoles car j'entends que certains comprennent que le secret professionnel serait absolu pour certaines catégories de fonctions. ». En effet, qu'on en débattre encore, qu'il vienne vérifier. Nous comprenons sa peur d'un nouvel attentat, d'une information qui manquerait pour s'en sauver. Personne ne veut de morts en plus. Nous n'avons jamais dit que le secret professionnel était absolu. Il existe déjà assez de conditions pour le suspendre justement. Que l'on nous entende aussi sur la réalité du terrain. La loi aurait pu juste être votée sans que les députés soient remués (car oui on ne se faisait pas d'illusion sur le fait que la loi passerait), sans que l'opinion publique et que les acteurs de terrain sachent et se positionnent.

Oui la loi est passée mais nous avons sensibilisé les personnes qui devraient l'appliquer. « Devraient » car c'est aussi une manière d'assumer le conflit, en n'appliquant pas, avec des risques évidemment mais ce qui est le propre du conflit. Cela a permis aussi aux étudiants de voir leurs enseignants « enseigner » autrement, dans l'action et de les suivre s'ils voulaient. Notre directeur soutient le mouvement depuis le début car pour lui « une école qui bouge, c'est une école qui vit ». Les fédérations de CPAS wallons et bruxellois, frileuses au départ par rapport à nos actions, vont pour la première fois lancer un recours sans leur confrère flamand mais avec l'associatif (dont la Ligue des Droits de l'Homme) à la Cour Constitutionnelle contre cette loi. Pour (ne pas) finir, des autocollants, réalisés par des étudiants d'écoles sociales, avec des dessins, slogans autour des fondamentaux du travail social (en référence au Manifeste du travail social du CVTS) se retrouveront bientôt sur les murs des institutions sociales pour rappeler qu'il est grand temps de changer de « disque » et revenir à ces fondamentaux. Les écoles ne resteront pas dans leurs bâtiments, elles ne changeront pas pour « s'adapter » à la réalité déshumanisée/ante du terrain entretenue par les politiques sociales.

Pour finir, je me permets de partager le propos d'une assistante sociale de CPAS lors d'un échange informel : « J'aime prendre chaque année un stagiaire d'une

école sociale. Avec son regard neuf et naïf, dans le bon sens du terme, il me fait revoir mon travail sous un autre angle. » Peut-être un angle plus critique, plus résistant, en conflit et avec moins d'exclusion au bout du compte ? De même, un étudiant contraint par la FWB ou un CPAS qui se sent dans sa propre école soutenu par des enseignants ou d'autres étudiants ne sera-t-il pas plus ouvert, un futur bon AS ? Un travailleur (social ou enseignant) qui se sent compris par rapport à ses conditions de travail ne sera-t-il pas moins exclu et ne sera donc pas moins excluant ? Les actions individuelles et collectives se renforcent.

Ressource : Miguel BENASAYAG M. & REY (del) A., Éloge du conflit, Paris, La découverte, 2012.

Chiara AQUINO : psychologue, psychothérapeute, membre fondateur l'Alter-Psy - La voie juridique : un certain niveau de résistance.

Alter-Psy est né tout d'abord en tant que groupe Facebook, créé par Benoît Dumont, en réaction à la parution du projet de loi de Maggie De Block. Il s'agissait de réunir des professionnels qui se questionnaient sur ce projet de loi, et d'informer le terrain sur ce qui était en train de se jouer dans les coulisses du pouvoir en place. De fil en aiguille, de publications en rencontres « en chair et en os », plusieurs centaines de personnes se sont inscrites à la page.

Pour rappel, après plus de 20 ans de travaux réunissant des professionnels de toutes orientations ainsi que des représentants politiques, une première loi réglementant la profession de psychothérapeute, avait été votée au parlement par une écrasante majorité en avril 2014. Cette loi est connue sous le nom de « Loi Muylle ». Elle était censée entrer en vigueur en septembre 2016. Les arrêtés royaux nécessaires à sa mise en application n'avaient pas encore été édités au moment du changement de gouvernement.

Sur ce terrain, le cabinet de Maggie De Block est entré en jeu.

Sous couvert de modifications pour rendre applicable la loi de 2014, la ministre de la santé l'a profondément changée. Et c'est un euphémisme!

Celle que j'appellerai donc la nouvelle loi a été rédigée et a été votée dans un laps de temps extrêmement court. Elle est libellée « approuvée » par le terrain, mais elle n'est bien vue que par des associations professionnelles liées à une seule branche du complexe paysage de la santé mentale.

Elle est présentée comme extrêmement favorable aux citoyens, censée les « protéger des charlatans » et « favoriser le remboursement des séances ». Comment dès lors, ne pas s'en réjouir ?

Qu'implique cette loi, concrètement ? Elle est extrêmement complexe. Pire, elle est extrêmement floue, et contient toute une série de points qui ne seront précisés que par la suite, d'une part par des arrêtés royaux et d'autre part par le fameux Conseil Fédéral des Professions des Soins en Santé Mentale. Plusieurs conséquences se dégagent clairement.

La profession de psychothérapeute n'existe plus. La psychothérapie sera dorénavant réduite à une série d'actes, à une spécialisation dispensée par un nombre restreint de lieux reconnus (universités et hautes écoles).

Cette spécialisation n'est accessible qu'aux détenteurs de trois diplômes : les médecins généralistes, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens (presque uniquement représentés en Flandre).

De tous les psychothérapeutes exerçant au moment de l'entrée en vigueur, seuls les détenteurs d'un diplôme relevant de la santé pourront continuer à la pratiquer de manière dite autonome : infirmiers, kinésithérapeutes, médecins. Exit les assistants sociaux, éducateurs, sociologues, anthropologues, philosophes, qui sont, eux, obligés d'être supervisés et de travailler dans un centre interdisciplinaire.

Derrière ces aspects techniques qui ont déjà des conséquences dramatiques, le projet est de paramédicaliser nos professions et d'ériger comme valeur absolue la « scientificité » de nos pratiques. Si nous reculons encore d'un pas, nous apercevons que derrière la « science » des approches « evidence based », seules reconnues et citées par la loi, se cachent des objectifs de budgétisation et de contrôle. C'est l'efficacité qui est visée, au sens de l'épargne et de la

productivité. La protection des patients prônée se fait au prix de la liberté. Liberté de s'adresser à un(e) psychothérapeute de son choix, mais aussi liberté du psychothérapeute de choisir une orientation et de se positionner en fonction de ce qu'il repère dans la relation thérapeutique.

Malgré le manque de temps de réaction, malgré la dimension de « rouleau compresseur » de cette loi, les enjeux étaient trop importants. Essentiels même.

Alter-Psy est entrée en contact avec un avocat constitutionnaliste, Maître Letellier. Nous avons eu cette chance de « tomber » sur un professionnel disponible à prendre beaucoup de temps pour discuter avec nous et capable de traduire nos inquiétudes et nos questionnements en langage juridique. Avec lui, fin octobre 2016, nous avons décidé de lancer un premier recours auprès de la Cour Constitutionnelle. Alter-Psy a coordonné et soutenu en grande partie ce recours, introduit par près de 150 psychothérapeutes tous horizons confondus.

Ce recours avait pour but de permettre à tous les psychothérapeutes de continuer à exercer sans tenir compte des conditions plus que restrictives des mesures transitoires prévues. Puisque les temps de la Cour Constitutionnelle sont conséquents, le recours a été assorti d'une demande de suspension de la loi en attendant l'arrêt définitif. La suspension d'une partie de la loi a été obtenue en décembre 2016, suivie en mars 2017 de l'annulation de cette même partie. Sans rentrer dans les détails, l'annulation a permis à tous les psychothérapeutes exerçant au 31 août 2016 de continuer à pratiquer leur métier.

Nous savions que cette première victoire, certes importante, ne concernait qu'une des conséquences négatives de la loi. Le volet concernant l'accès à la profession, les formations, le flou de la définition du métier et des similitudes et différences entre le titre de psychothérapeute et celui de psychologue clinicien restait non-résolu.

Plus important encore, nous étions profondément en désaccord avec la vision de la profession et donc de l'humain véhiculées par la nouvelle loi.

Nous savions donc que le combat était loin d'être fini et que nous nous devions d'aller plus loin, par un deuxième recours.

Pendant ce temps, de nombreuses autres associations, certaines déjà existantes et actives depuis de longues années, d'autres créées dans ce contexte, d'autres encore se fédérant pour réunir moyens et énergies, se sont mobilisées sur le plan juridique.

Des ponts ont été construits, des conflits et des divergences ont été mis de côté ou dépassés, afin de rassembler nos ressources au service de la dimension éminemment humaine de nos métiers.

En janvier 2017 Alter-Psy est devenu une asbl. Notre collectif réunit plus de 120 membres, psychologues, psychothérapeutes et praticiens de la relation d'aide de toutes orientations. La constitution en asbl a permis, entre autres, de pouvoir avoir une personnalité juridique et pouvoir se porter requérant dans un deuxième recours avec Maître Letellier.

Le 30 Janvier 2017, lors d'une conférence de presse conjointe, 5 associations ont présenté les autres recours introduits.

Le groupe de travail des fédérations, coordonné par la LBFSM (Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale) représentant 3.300 travailleurs et 288.000 usagers.

- Le groupe est constitué comme suit : La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM), La Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF), La Fédération des Maisons Médicales (FMM), La Fédération des Institution pour Toxicomanes (Fédito), La Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), L'Union Professionnelle des Conseillers Conjugaux et Familiaux (UPCCF), La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale (LWSM), La Fédération des Centres de Planning et de Consultation (FCPC), toute personne travaillant en institution. Représentés par le cabinet de Maître Uyttendaele, ces associations ont introduit un recours arguant d'une part que les nouvelles règles fixées par la loi mettent nombre de leurs professionnels, en tant que personnes physiques, dans l'impossibilité de continuer à exercer leur profession. D'autre part les institutions, en tant que personnes morales, sont dans l'impossibilité de continuer à organiser leur travail en équipe de manière inchangée et ce notamment en raison de l'imprécision des notions « d'autorisation à exercer sous la surveillance d'un praticien » dans un « cadre interdisciplinaire avec intervision » et « de supervision » et de l'absence de différence précise, dans la loi, entre la psychologie clinique et la psychothérapie. Ces éléments rendent impossible la définition claire de la responsabilité des praticiens de la psychothérapie, des limites exactes de leurs compétences, de leurs obligations légales et des conséquences de la réalisation de leurs actes.

La Plateforme PsySM (Plateforme des Professionnels de la Santé Mentale) (www.plateforme-psysm.be), avec plusieurs instituts de formation, représentés par Maître Tulkens, ont introduit un recours face d'une part au préjudice causé aux institutions de formations, menacés de disparaître en raison de l'obligation par la nouvelle loi stipulant que les formations spécifiques en psychothérapie soient dispensées par des universités ou des hautes écoles. Ces instituts ont assuré depuis des décennies la formation en psychothérapie et fourni de nombreux enseignants qualifiés aux universités. D'autre part, la loi ne permet pas de déterminer quelles seront les formations existantes qui seront reconnues. Par ailleurs, la Plateforme a la non justification de la limitation de l'accès à la formation spécifique en psychothérapie aux médecins, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens .

L'APPPsy, l'UPPsy (Fédération Nationale Agréée des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique et l'Union Professionnelle des Psychologues), représentées par Maître Bourtembourg, quant à elles, attaquent, entre autres, l'erreur manifeste d'appréciation concernant la nature de la profession de psychothérapeute et partant sa suppression, concernant la description des actes respectifs permis et interdits de la psychologie clinique et de la psychothérapie, concernant l'obligation d'une collaboration interdisciplinaire lors de tout exercice de la psychothérapie, ainsi que le privilège accordé sans réciprocité au médecin d'exercer sans formation tous les actes de la psychologie clinique.

Des recours en annulation auprès du Conseil d'Etat ont été introduits par l'APPPSY, ainsi que par la Plateforme des Professionnels de Santé Mentale, concernant la manière dont le Conseil Fédéral des Professions des Soins de Santé Mentale a été constitué et les critères selon lesquels ses membres ont été choisis.

L'audience de plaidoiries est prévue en date du mercredi 13 décembre 2017, à 15h00

J'ai laissé le deuxième recours d'Alter-Psy pour la fin, parce qu'il est celui dont je peux vous parler de manière plus détaillée. Notre position concernant la psychothérapie ne peut en aucun cas s'intégrer dans la loi actuelle. En effet, dans l'optique du législateur, « la psychothérapie se conçoit comme une forme de traitement pratiquée par un médecin, un psychologue clinicien ou un orthopédagogue clinicien ». Nous revendiquons, que la santé mentale est plus que l'absence de maladie, elle est influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. En accord avec la déclaration de Strasbourg sur la psychothérapie, nous considérons que le travail psychothérapeutique ne peut se réduire à un traitement technomédical standardisé qui tend à réduire la personne à une pathologie, et à l'aborder par le prisme exclusif de la normalité ; dès lors elle ne relève pas strictement du champ biomédical mais s'inscrit dans le champ large des sciences humaines.

- Le premier moyen de recours conteste donc la stricte compétence du législateur fédéral, au motif que la psychothérapie déborde du seul champ de l'art de guérir et de la santé (compétence fédérale) , mais relève tout autant, si pas davantage, de l'aide aux personnes (qui est une compétence communautaire). En effet, il ne suffit pas à l'Etat fédéral de déclarer que la psychothérapie est une forme de traitement des soins de santé pour justifier sa compétence unique en matière de psychothérapie.

- Ainsi, selon Me Letellier, « sauf à nier la différence entre les soins de santé et l'aide aux personnes, le législateur fédéral n'est pas compétent pour réglementer l'accompagnement de souffrances liées à des questions de vie sans lien avec une maladie ou un quelconque état pathologique – les problèmes de "vécu" (deuil, divorce, homosexualité, grossesse non désirée, etc.). Il ne l'est pas plus pour réglementer l'aide au développement personnel, à la recherche de sens, à la remise en question de schémas de fonctionnement à un moment de sa vie, ni pour réglementer le travail psychothérapeutique sur des problèmes sociaux ou relationnels, etc. ».

- Le second moyen de recours conteste que l'accès à la pratique de la psychothérapie soit réservé aux médecins, psychologues cliniciens et orthopédoques cliniciens car il y a là atteinte à la liberté de choix d'une activité professionnelle, à la liberté d'établir des relations personnelles (alors que la relation est centrale dans la thérapie) et à la liberté de participer et bénéficier du processus créatif dans le champ des sciences humaines dont relève, selon notre approche, la psychothérapie.

- Selon l'argumentation de Me Letellier : « Il est incontestable qu'en interdisant à toute personne qui n'est ni médecin, ni psychologue clinicien, ni orthopédagogue clinicien – et ce quel que soit son niveau de formation spécifique en psychothérapie et son expérience professionnelle – d'exercer toute « relation psychothérapeute-patient, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés, conflits et troubles psychologiques dont souffre le patient », le législateur porte atteinte

- à la liberté des personnes issues du champ des sciences humaines d'exercer la psychothérapie et donc une activité professionnelle librement choisie,

- à la liberté d'établir des relations personnelles, que ce soit du point de vue du psychothérapeute ou de celui du client, et ce au mépris du libre arbitre

et de l'autodétermination de tout individu de se faire aider face à ses difficultés, conflits ou troubles psychologiques par la personne de son choix et suivant la pratique psychothérapeutique de son choix, et particulièrement dans un cadre ou avec une approche différente de l'approche bio-médicale des praticiens des soins de santé, et donc au libre choix de la manière d'assurer son épanouissement personnel, social et culturel,

◦ à la liberté de participer et bénéficier du processus créatif dans le champ des sciences humaines. »

Voilà, j'espère ne pas avoir été trop technique dans l'illustration des arguments juridiques, ce n'est pas un jargon qui m'était familier non plus il y a un peu plus d'un an. Par ailleurs n'hésitez pas à consulter mes sources ou à nous interpellier pour avoir plus de détails ou demander plus d'explications.

Je tiens à préciser qu'Alter-Psy, bien que né en réaction à la loi, ne se résume pas aux actions juridiques, et n'a pas comme unique but de lutter contre elle et contre ses conséquences. Notre collectif se veut un lieu de réflexion et d'action autour de deux axes: l'axe du métier et l'axe politique.

L'axe « métier ». A notre sens, la psychothérapie est une démarche d'accompagnement professionnel qui s'adresse à toute personne qui en éprouve le besoin, comme un être-en-devenir, libre et responsable et non aux seuls « malades à soigner ». Notre pratique est ancrée dans une approche profondément humaniste de la relation d'aide, au-delà du champ restrictif de la santé et des traitements psycho-médicaux. Dès lors, nous défendons l'existence de la psychothérapie comme une profession indépendante, qui répond à des critères de formation élevés, accessibles à partir de diplômes et de parcours multiples en accord avec la déclaration de Strasbourg.

L'axe « politique et citoyenneté ». Alter-Psy entend porter une perspective profondément citoyenne dans la mesure où elle soutient une vision de l'Homme sur le plan éthique et politique. C'est là que nous invitons nos membres à énoncer leur identité professionnelle dans un espace d'autonomie proclamée et à étayer, à partir de leurs pratiques, un regard et une parole critiques qui dépassent les politiques de santé mentale stricto sensu et qui visent l'affirmation de leurs valeurs pour une société plus humaine.

Je vous ai parlé de mouvements spontanés de professionnels, qui sont des citoyens également. Je vous ai parlé de solidarité, de mise entre parenthèse de ce qui nous sépare pour nous rassembler autour de ce qui nous unit. Je vous ai parlé de rencontres humaines. Je vous ai parlé d'axe politique, au sens noble du terme. En deçà de la dimension juridique que j'ai tenté d'illustrer, il nous semble que ce sont ces tissages-là qui sont au coeur d'une résistance possible, d'une résistance nécessaire.

En parallèle avec les actions juridiques, la résistance doit maintenir une tension éthique qui puisse animer nos pensées et nos actes, dans nos bureaux, dans nos institutions, dans nos réseaux ou sur la place publique. Chacun à sa mesure, selon ses limites, ses capacités, ses possibilités, bien sûr, mais surtout pas dans le déni. Ce qui est en train de se passer est extrêmement grave, soyons au moins capable de reconnaître cela, d'en prendre conscience, parce que sans ce socle, aucune résistance et donc aucun changement ne sera possible.

Je termine par une citation:

"La démocratie est bien autre chose qu'une forme institutionnelle caractérisée par de "bonnes" pratiques ou procédures, inspirée par la défense des libertés, l'acceptation de la pluralité, le respect des dispositions majoritaires. Même si elle doit être cela, la démocratie désigne aussi une tension éthique au coeur de chacun, l'exigence de réinterroger la politique, l'action publique, le cours du monde à partir d'un soi politique qui contient un principe de justice universelle (...). (Le soi public) est, en nous, puissance de jugement, capacité de penser, faculté critique." F. Gros, 2017

« Quand la santé mentale Débloque », Chiara Aquino et Amandine Seifert, (2017), <http://www.alter-psy.org/Quand-la-sante-mentale-DeBloque.html>

« Le Pour... Quoi... des actions juridiques d'Alter-Psy », Françoise Raoult, (octobre 2017), <http://www.alter-psy.org/Le-Pour-Quoi-des-actions-juridiques-d-Alter-Psy.html>

« Désobéir », Frédéric Gros, (2017), Albin Michel/Flammarion.

Pour plus d'informations sur le collectif Alter-Psy : <http://www.alter-psy.org>
ou par mail à info@alter-psy.org

Il est possible de consulter le texte de la conférence de presse de janvier 2017 à l'adresse suivante : <http://www.alter-psy.org/Les-recours-contre-la-loi-De-Block-Conference-de-presse.html>

Pierre MARCHAL : Docteur en Philosophie, professeur émérite de l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve, psychanalyste, membre de l'Association freudienne de Belgique, vice-président de la LWSM.
Qui sont donc « les charlatans » aujourd'hui ?

Je voudrais, pour terminer cette rencontre, vous proposer quelques petites réflexions épistémologiques et critiques à propos d'un des arguments sur lequel s'appuie la réforme des soins en matière de santé mentale. Peut-être est-ce le plus décisif, celui qui devrait faire consensus parce qu'il mobilise le bon sens : il s'agit nous dit-on, de faire la chasse aux « charlatans ». Qui ne pourrait approuver, reconnaître le bon droit d'une politique qui devrait nous protéger des charlatans. C'est du parfait « marketing » politique !

Rappelons d'abord ce qu'est un charlatan. Le mot nous vient de l'italien où il désigne d'abord un habitant de Cerreto. Au figuré : crieur sur les marchés ; bonimenteur. Cerreto est un village proche de Spolète dont les habitants avaient la réputation de vendre de la drogue sur les marchés

Je vous cite la définition du *Dictionnaire historique de la langue française* (Alain Rey)

« Le mot désigne un bateleur, souvent péjorativement un vendeur ambulancier qui débitait des drogues sur les marchés et arrachait les dents [mentir comme un arracheur de dents], d'où, par extension, tout imposteur exploitant la crédulité publique (1668) »

Alain Rey fait par ailleurs remarquer que ce terme n'a pas cette valeur négative en français d'Afrique où il désigne celui qui a des pouvoirs de devin. Cette remarque est intéressante dans la mesure où le terme ne véhicule pas, dans des lieux où la divination est culturellement reconnue, la connotation péjorative que nous lui connaissons.

Par contre, on entend bien que ce terme de « charlatan » véhiculera un sens péjoratif quand il est utilisé dans des lieux où des « réalités » comme la divination et la sorcellerie sont considérées comme des pratiques de tromperie, de superstition. Il s'agira donc, dans ce contexte, de dénoncer une pratique qui ne se soumet pas au verdict de la **vérité**, mais qui joue à persuader l'interlocuteur, en lui tenant des propos mensongers en vue de lui vendre des drogues ou autre « pharmakon ».

Notez bien que l'on pourrait bien penser que la publicité et le marketing sont les formes modernes du charlatanisme puisqu'il s'agit là, non seulement de repérer les besoins et les attentes, fussent-elles inconscientes des consommateurs, mais de les manipuler en vue de leur faire acheter les produits qu'on leur propose. Un des pères du marketing n'est autre que le neveu de S. Freud, Edward Louis James Bernays, auteur de plusieurs ouvrages sur la question. Spécialement *Propaganda* paru en 1928²⁵. Bernays a croisé les idées de Gustave Le Bon sur la psychologie des foules et celle de son oncle, S. Freud, père de la psychanalyse. A partir de là, il a élaboré un savoir et des méthodes rationnelles, voir « scientifiques », permettant de manipuler l'opinion publique. Pour lui une foule ne pense pas ; elle est mue par des pulsions inconscientes sur lesquelles il est possible d'agir en proposant des objets sur lesquels ces pulsions pourront s'investir. Manipulation qui ne se contente pas d'agir sur les objets de consommation, mais qui s'attache aussi aux personnalités

1. Ce livre a été traduit et édité en français sous le titre *Propaganda, comment manipuler l'opinion en démocratie*, Zones, 2007. Avec une préface de Normand Baillargeon

publiques et aux idéologies politiques : cela donne un marketing politique. Les nazis du troisième Reich allemand avaient bien compris l'intérêt de ces avancées théorico-techniques qu'ils ont mis en œuvre au sein d'un « ministère de la propagande » dont Joseph Goebbels a pris la tête !

On pourrait évidemment dénoncer ce fait que les nazis aient repris et dévié à leur profit ces techniques de la publicité et du marketing. Crier à l'imposture. Mais cette dénonciation ne devrait pas être une manière de nous débarrasser un peu trop rapidement de la question : que signifie cette utilisation totalitaire, à des fins de mensonge et de manipulation de la « publicité-propagande » ? D'autant qu'aujourd'hui, le marketing a acquis ces droits de cité dans nos démocraties. Il se présente comme relevant de la science et garantissant, autant que faire se peut, la liberté des individus. D'être devenu en ce début du XXI^{ème} siècle, « participatif et social », c'est-à-dire : « en interaction avec les consommateurs via les réseaux sociaux », le marketing est tout entier tourné vers « la satisfaction des clients ». « Science (!) qui consiste à concevoir l'offre d'un produit en fonction de l'analyse des attentes des consommateurs (*consumer marketing*) et en tenant en compte des capacités de l'entreprise ainsi que de toutes les contraintes de l'environnement (sociodémographique, concurrentiel, légal, culturel) dans lequel elle évolue. »²⁶

Nous aurions certainement intérêt à méditer cette citation de Bernays : « L'ingénierie du consentement [c'est ainsi qu'il qualifie le marketing] est l'essence même de la démocratie, la liberté de persuader et de suggérer. » Il faudrait ajouter : pas par n'importe quel moyen, car, psychanalystes et autres praticiens de la parole, nous sommes très réservés, pour ne pas dire opposés, à la suggestion. Notre pratique n'est pas de l'ordre de la technique, mais relève d'abord d'une éthique.

Même si la « publicité-propagande » s'est considérablement enrichie théoriquement et techniquement, la problématique dans laquelle elle est prise ne date pas d'hier. Tout ce que je viens d'évoquer fait penser à la grande controverse qui est à l'origine de la pensée grecque antique et qui a opposé les sophistes et les philosophes. Ces derniers avaient –et ont toujours– pour objectif l'établissement de la **vérité** en recherchant ce qui pourrait faire critère de vérité en dehors de notre subjectivité. C'est-à-dire hors de nos convictions, hors de nos opinions. Notez que l'on pourrait dire que les philosophes initient, par là, la dimension de **l'altérité** dans le domaine de la connaissance. Les sophistes au contraire ne se soucient pas de cette vérité. Ils se donnaient pour vocation de convaincre, de persuader et d'amener l'autre à penser comme eux. On est là aux racines de la fabrique du consensus. C'étaient les **maîtres de la rhétorique**.

On comprend bien que ces deux positions produiront des socialités très différentes selon qu'elles se fondent sur une altérité « véridique » qui admet le débat (ce que les anciens nommaient la « disputatio », la dispute !) ou qu'elles privilégient, au fondement du « vivre ensemble » comme on se plaît de le dire aujourd'hui, un « penser ensemble », une commune conviction, un consensus.

Les sociétés occidentales, depuis qu'elles ont été christianisées, ont repris cet héritage philosophique de la vérité. Et cela d'autant plus facilement que la vérité qui a d'abord été celle d'une religion révélée toute entière appendue à la parole de Dieu, garant incontestable de la vérité. Ce Dieu dont nous avons appris qu'il ne pouvait ni se tromper, ni nous tromper. Avec toutefois un certain inflexionnement : la vérité, devenant divine, ne supporte plus aucune contestation. Ce qui a donné du plomb dans l'aile à la « disputatio » qui était le

²⁶ . Extraits du site Web : emarketing.fr

lieu de la recherche de la vérité. Dans la religion révélée, la vérité ne se cherche pas ; elle nous est donnée. On sait que cela a donné naissance à une orthodoxie que l'institution « inquisition » a veillé, par des moyens souvent extrêmement violents, à sauvegarder. L'histoire de la chrétienté a été très vite une histoire traversée d'hérésies et de schismes. Qui ne sont pas autre chose que les traces de cette « disputatio » réprimée.

Ce qui est spécifique de notre modernité occidentale, c'est qu'elle signe un renversement radical du régime de la vérité : celle-ci cesse d'être une vérité religieuse, révélée et donc, je le répète : incontestable, pour devenir une **vérité scientifique**. On pourrait s'en réjouir car cela devrait signer le fait que la vérité redevient une vérité en recherche. Pourtant ce qui ne cessera de s'affirmer, au-delà de la précarité des hypothèses scientifiques, c'est l'unicité du critère de vérité, celui de la preuve par **l'expérimentation**. D'où la science expérimentale. Notez que ce qui se perd dans l'opération, c'est que désormais ce n'est plus une **parole**, celle d'un Dieu, qui fait critère de vérité, mais ce sont les **faits**, tels qu'ils sont construits dans et par l'expérimentation humaine.

Dans un premier temps, ces faits sont considérés comme des « données », mais, assez vite les épistémologues ont insisté sur le caractère construits de ces faits. Qu'est-ce à dire sinon que la preuve scientifique relève moins de la confrontation aux données de l'expérience, mais qu'elle est produite en laboratoire par une expérimentation sur des objets techniques. Au sens le plus strict, une théorie scientifique ne fait que décrire, le plus exactement possible, le comportement d'objets techniques mis au point dans les laboratoires dit scientifiques. On voit donc bien que ce que la théorie décrit et construit, ce sont des « faits », des « facta », à savoir des choses qui sont faites. Bref on est passé de l'expérience à l'expérimentation. Pas moyen, me semble-t-il, d'échapper ici à une perspective que l'on pourrait dire strictement « constructiviste ». Cela signe aussi, et c'est là peut-être une affaire qui est importante pour nous aujourd'hui, l'introduction au cœur de la science de la dimension technique. Contrairement à ce que certaines expressions pourraient laisser penser –celle, par exemple, de « science appliquée » -, c'est moins la science qui s'applique dans la technique que la technique qui rend possible la science expérimentale.

Mais, à y regarder de près et d'une manière critique, on constate que cette intrusion de la dimension technique va produire un écart radical entre ce monde modélisé par la technique et le monde humainement habité, dans sa dimension psychique et sociale et dont la parole est un des éléments essentiels. La différence anthropologique que certains aujourd'hui voudraient voir abolie, se rappelle à notre bon souvenir, refusant que nous soyons traités comme des machines, des robots.

Face à cette nouvelle difficulté qui fait resurgir de l'altérité dans un monde que l'on croyait entièrement maîtrisable grâce au traitement que permet l'opération technique, les « managers » de tout poil cherchent la parade. Surgit alors un autre personnage qui va prendre de plus en plus d'importance. Non pas dans la science elle-même, mais dans la société qui cherche du côté de la science une vérité qui serait fondatrice du social lui-même. Ce personnage, c'est **l'expert**. L'expert auquel les politiques s'adressent pour leur demander un éclairage sur ce qu'il conviendrait de faire et comment procéder pour atteindre cet objectif. Leur rôle donc est de construire le lien entre la science qui utilise la technique pour construire ses preuves et le social qui est alors réputé observer les mêmes lois, les mêmes comportements que les objets techniques. C'est la grande utopie scinetifico-sociale que construit l'expert en produisant cette métaphore qui fait équivaloir le monde humainement habité et l'objet technique. D'où l'habitude que

nous avons prise d'appeler la science : la **techno-science**. Et on pourrait ajouter : notre monde devient, par le fait de cette intervention des experts, un **techno-monde**. Un monde qui devient, assez naturellement, un monde de robots. Je peux vous renvoyer à la question très actuelle du transhumanisme et de l'homme augmenté.

Je terminerai en revenant au charlatanisme qui pourrait peut-être retrouver un sens positif comme dans le français d'Afrique dont nous avons parlé. A la lumière de ces quelques réflexions épistémologiques, le charlatan pourrait se caractériser comme celui qui échappe à l'empire de cette vérité technoscientifique unique et – il faut bien le dire – totalitaire. Laquelle, dans le cadre de la santé, se définit assez justement comme **l'evidence based medicine**. Une évidence qui trouve son fondement sur la vérité technoscientifique. Et tout ce qui ne sacrifie pas à ce que nous pouvons appeler un **réductionnisme** technique ne peut être que considéré comme du charlatanisme. Si nous sommes nous, praticiens de la parole, considérés comme tels, comme des charlatans, c'est sans doute parce que nous campons dans une position éthique qui ne peut, ni ne veut sacrifier cette dimension de la parole essentielle à l'humanité. Si nous voulons aujourd'hui redire notre volonté de « résister », c'est que nous voulons nous inscrire en faux, non contre la science, mais contre ce réductionnisme promu par les experts (certains experts !) et les décideurs politiques (certains décideurs politiques !).

Il serait intéressant de renseigner ici une publication récente (2012 pour l'édition anglaise à la Cambridge University Press et 2017 pour la traduction française chez John Libbey Eurotext : *La clinique fondée sur les valeurs, De la science aux personnes* par K.W.M. Fulford, Ed Peile, Heidi Carroll. En quatrième de couverture, on peut lire : « 'L'evidence-based-medicine' ne peut plus suffire pour soigner correctement. Les valeurs, que ce soit celles du patient ou du médecin, entrent forcément en ligne de compte et les négliger revient à mettre de côté des ressources qui peuvent pourtant se révéler très utiles. »

Dans la préface de cet ouvrage dans sa traduction française, qui est de la plume de Bernard Granger, professeur de psychiatrie à l'Université de Paris-Descartes, on peut lire ceci :

« Ses partisans [de l'EBM] doivent bien reconnaître que les limites de l'EBM sont désormais atteintes. ...

[Et d'énumérer les raisons qui en sont multiples]

... « Mais le reproche le plus profond que l'on peut faire à la conception étroite de l'EBM est qu'elle conduit à une pratique déshumanisée de la médecine, à l'application mécanique des protocoles (...) à une décision médicale plaquée de l'extérieur sur un patient moyen qui n'existe pas, sur des situations simples rarement rencontrées en pratique. Cette crise de la recherche et de la pratique médicale (...) doit nous faire revenir à l'éthique hippocratique qui vaudra toujours mieux que cette dérive 'evidence-based'. »