

Bruxelles, 13 décembre 2020

Au ministre Vandenbroucke,

Au ministre Clarinval,

cc. La Commission des psychologues

Messieurs les ministres,

Objet : La Commission des psychologues et le psychologue clinicien en tant que professionnel de la santé

***Demande de reconnaissance de la Commission des psychologues en tant qu'ordre en ce qui concerne l'Article 25 LEPSS<sup>1</sup>, sous la tutelle du Ministre des classes moyennes.***

La position actuelle du psychologue clinicien - tant sur le plan social que juridique - est le résultat d'années d'efforts pour la reconnaissance et l'ancrage juridique des soins de qualité. Ces dernières années, cette évolution a pris de l'ampleur et de l'importance, à la suite de quoi le psychologue clinique a enfin été défini comme une profession de la santé.

Toutefois, l'organe qui veille à la protection du titre et à la déontologie - La Commission des psychologues - relève du ministre des Classes moyennes. Cela peut sembler étrange, mais d'une certaine manière, cela reflète une position ambivalente de la psychologie clinique et de la psychothérapie par rapport au domaine des soins de santé.

Par cette lettre, l'Upsy-Bupsy veut défendre la préservation de cette ambivalence et la poursuite du développement d'un cadre juridique pour la psychologie clinique et la psychothérapie basé sur cette double appartenance. Dans ce qui suit, nous décrivons la situation actuelle et l'historique qui l'a précédée, puis les goulets d'étranglement qui constituent la base de notre requête.

### **I. Quelques organisations concernées**

La **Commission des psychologues** (Compsy) : protection du titre et déontologie

- Une personne ne peut se dire psychologue que si elle est inscrite à la Commission des psychologues.
- L'inscription signifie également que le psychologue souscrit au code de déontologie. Si un client/patient ou un collègue psychologue estime qu'un psychologue n'a pas respecté le code de déontologie, il peut demander une médiation ou engager une procédure disciplinaire auprès du conseil disciplinaire.

La Commission des psychologues est placée sous la tutelle du Ministre des Classes moyennes.

Outre la Commission des psychologues, personne morale publique, il existe différentes **associations professionnelles de psychologues<sup>2</sup>**, personnes morales privées, dont trois siègent à l'assemblée plénière de la Commission des psychologues:

---

<sup>1</sup> LEPSS: titulaires d'un titre professionnel conformément à la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé.

- Notre propre association, l'UPPsy-BUPsy, reconnue par le SPF Economie
- L'APPPsy, reconnue par le SPF Economie
- La BFP – FBP, reconnue par le SPF Economie, en tant que coupole de diverses associations francophones et néerlandophones telles que VVKP, UPPCF, VOCAP, etc.

Seules les associations représentant les différents secteurs des psychologues (psychologues cliniciens, psychologues du travail et des organisations, psychologues scolaires et psychologues de la recherche et enseignement) et qui sont reconnues par le Ministre des Classes moyennes peuvent siéger à l'assemblée plénière. Cela signifie qu'il existe également des associations (par exemple Appelsy-Klipsy, BWP) qui regroupent des psychologues et psychothérapeutes mais qui ne sont pas représentées dans la Commission des psychologues.

L'adhésion à une association professionnelle n'est pas obligatoire.

La loi coordonnée du 10 mai 2015 définit le psychologue clinicien comme appartenant au domaine des professions de la santé, ce qui signifie que le psychologue doit disposer d'un visa (niveau fédéral) et d'un agrément (niveau régional) pour pouvoir exercer légalement la psychologie clinique.

Les **commissions médicales provinciales** n'agissent pas comme organe disciplinaire<sup>3</sup>, mais doivent s'assurer que les professionnels de la santé sont physiquement et mentalement capables d'exercer leur profession conformément aux lois et règlements en la matière<sup>4</sup>. Ils peuvent révoquer le visa si un professionnel de la santé n'est plus en mesure d'exercer sa profession.

## II. Historique

Jusqu'en 1993, tout le monde pouvait se dire psychologue ; jusqu'en 2014, tout le monde pouvait se dire psychothérapeute. Plusieurs initiatives ont tenté de réglementer cela par la loi, dont la protection du titre de psychologue a été un premier résultat en 1993, organisé par l'enregistrement au sein de la Commission des psychologues.

En 2014, le **code de déontologie des psychologues**<sup>5</sup> a été inscrit dans la loi. Au sein de la Commission des Psychologues, le Conseil disciplinaire et le Conseil d'Appel ont été installés. Ils sont compétents pour enquêter sur les violations du code de déontologie<sup>6</sup>.

Pendant ce temps, la réglementation de la psychothérapie restait floue. Après de nombreuses négociations, **la loi Onkelinx-Muylle**<sup>7</sup> a été présentée en 2014, dans laquelle un accord a été conclu pour reconnaître un certain nombre de courants psychothérapeutiques (la thérapie psychanalytique et psychodynamique<sup>8</sup>, le courant cognitivo-comportemental, la thérapie systémique et familiale, la thérapie centrée sur la personne et humaniste) et du même coup les psychothérapeutes. La

---

<sup>2</sup> UPPsy - Union Professionnelle des Psychologues / BUPsy - Beroeps Unie van Psychologen ; APPPsy : l'Association des Psychologues Practiciens d'orientation Psychanalytique (APPPsy) ; FBP : Fédération belge des Psychologues (en tant que coupole de VVKP : Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen ; UPPCF : Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones & Germanophones ; VOCAP : Vereniging van Organisatie,- Consumenten en Arbeidspsychologie et autres) ; BWP : Beroepsvereniging voor Wetenschappelijk onderbouwde Psychotherapie, Appelsy-klipsy: Beroepsvereniging van klinisch psychologen voor praktijken die het spreken centraal stellen.

<sup>3</sup> <https://www.compsy.be/fr/difference-complementarite>

<sup>4</sup> <https://www.absym-bvas.be/fod-gezondheid/provinciale-geneeskundige-commissies-20161209140446>

<sup>5</sup> [https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code\\_de\\_deontologie\\_fr\\_2018.pdf](https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code_de_deontologie_fr_2018.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.compsy.be/fr/conseil-disciplinaire>

<sup>7</sup> <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPubDoc&TID=83898646&LANG=fr>

<sup>8</sup> Une différence a été faite entre la psychothérapie psychanalytique et la psychanalyse, dans laquelle les psychanalystes s'étaient efforcés de ne pas tomber sous le coup de cette loi.

psychothérapie était réglementée en dehors de l'AR78, ce qui signifie qu'elle n'est pas considérée comme une profession de la santé<sup>9</sup>. La profession relevait cependant de la loi sur les droits des patients. Des conditions ont été fixées pour la formation de base, avec la possibilité d'employer des non-psychologues comme psychothérapeutes<sup>10</sup>. Une possibilité qui a permis d'inclure la richesse clinique non universitaire dans le domaine thérapeutique.

Toutefois, la ministre De Block a été confrontée à un certain nombre de problèmes importants dans la mise en œuvre de cette loi, entre autres celle de l'absence d'orthopédagogues francophones au Conseil fédéral de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie prévue par la loi (étant donné que cette formation n'existe pas en Communauté française). Elle a, en outre, estimé qu'il n'y aurait pas de garantie de qualité car la psychothérapie n'était pas couverte par l'AR78<sup>11</sup>.

Sous sa direction, il y a eu une évolution et la profession de **psychologue clinicien** a été définie comme une **profession de la santé** en 2015. Alors que tous les psychologues étaient enregistrés au sein d'un même organe et relevaient du même code déontologique, les psychologues cliniciens ont été distingués des autres (psychologues du travail et de l'organisation, psychologues scolaires et psychologues pour la recherche), puisqu'ils sont soumis à une réglementation distincte.

La **psychothérapie** est désormais définie comme une **spécialisation** pour les médecins, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, ce qui signifie en pratique que la formation en psychothérapie ne sera accessible qu'à ces professions-là. Comme, entre-temps, de nombreuses personnes travaillant comme psychothérapeutes ne répondaient pas aux conditions exigées (une formation en psychothérapie d'au moins 70 crédits ECTS et un stage à temps plein de 2 ans), des mesures transitoires ont été définies. Pour un certain nombre de psychothérapeutes, cela signifie qu'ils ont perdu le droit d'exercer leur profession de façon autonome<sup>12</sup>.

La loi coordonnée de 2015 a donné lieu à une protestation forte des psychologues et des psychothérapeutes d'horizons divers<sup>13</sup>. Des poursuites judiciaires<sup>14</sup> ont été engagées devant la Cour constitutionnelle et le Conseil d'État. Voici quelques points qui ont été contestés :

- Considérer la psychothérapie comme un acte (médical) spécialisé, un accès limité aux médecins, aux psychologues cliniciens et aux orthopédagogues cliniciens.

---

<sup>9</sup> [https://www.vvpt.be/images/De\\_wettelijke\\_regeling\\_van\\_de\\_psychotherapie.pdf](https://www.vvpt.be/images/De_wettelijke_regeling_van_de_psychotherapie.pdf)

<https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/psychotherapeut-geen-apart-beroep.html>

<sup>10</sup> *Le projet de loi à l'examen impose en effet le respect de conditions strictes pour pouvoir exercer la psychothérapie de manière autonome. La personne qui souhaite porter le titre de psychothérapeute doit tout d'abord avoir obtenu un diplôme de bachelier soit dans une profession des soins de santé, soit dans une discipline psychologique, médicale ou sociale. Autrement dit, elle doit avoir suivi une formation d'au moins trois années. Ensuite, des notions de base de la psychologie sont imposées, ce qui équivaudrait à un temps d'études supplémentaire d'une ou de deux années pour les titulaires d'un diplôme de bachelier. Enfin, la personne doit avoir suivi quatre années de formation spécifique en psychothérapie dans l'un des cadres de référence. Au total, un psychothérapeute doit donc avoir suivi huit années de formation avant de pouvoir traiter des patients de manière autonome.* <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPubDoc&TID=83898646&LANG=fr>

<sup>11</sup> *La réglementation relative aux psychothérapies est également soumise à une réforme approfondie. Dans la loi du 4 avril 2014, la psychothérapie n'avait pas été intégrée à l'ancien arrêté royal n° 78, devenu entre-temps la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Un cadre distinct avait été prévu, si bien que les garanties de qualité valant pour l'ensemble des professions des soins de santé ne s'appliquaient pas aux praticiens de la psychothérapie.* <https://www.dekamer.be/flwb/pdf/54/1848/54k1848003.pdf>

<sup>12</sup> <https://www.health.belgium.be/fr/psychotherapie>

<sup>13</sup> Par exemple : <https://www.psychotherapeutes.be/signataires-du-memorandum-pour-une-psychotherapie-rigoureuse-et-soucieuse-des-patients/>

<https://www.psychotherapeutes.be/open-brief-aan-de-heer-charles-michel-eerste-minister-van-belgie/>

<https://www.dewereldmorgen.be/artikel/2016/12/28/domme-psychotherapeuten-en-domme-patienten/>

<sup>14</sup> <http://www.uppsy-bupsy.be/Les-recours-contre-la-loi-De-Block-update-aout-2017.html>

- La sous-représentation des psychothérapeutes non universitaires au sein du Conseil fédéral.
- La Discrimination à l'encontre de l'enseignement privé par rapport aux universités et aux hautes-écoles en ce qui concerne l'offre de formation pouvant conduire à la pratique de la psychothérapie.
- L'absence de mesures transitoires pour les psychothérapeutes qui exercent et qui ne répondent pas aux critères de la nouvelle loi.

La procédure engagée par 148 psychothérapeutes francophones et néerlandophones a conduit à **l'annulation de l'article 11 de la LEPSS** "dans la mesure où il ne prévoit aucun régime transitoire pour les personnes ayant pratiqué la psychothérapie avant l'entrée en vigueur de cette loi<sup>15</sup>". Il était prévu que la ministre De Block élabore de nouvelles mesures non discriminatoires, mais elles n'ont jamais vu le jour.

La **distinction entre les soins psychologiques et la psychothérapie** est devenue une question non résolue. Conformément au modèle médical, la psychothérapie est considérée comme une spécialité, accessible uniquement après un envoi référencé. Entre-temps, un certain nombre de psychologues exercent sans avoir une formation en psychothérapie, ce qui explique pourquoi ils ont commencé à parler de soins psychologiques. Mais personne ne peut définir exactement à partir de quand commence la psychothérapie et ce que pourraient être les soins psychologiques.

Pour les psychologues eux-mêmes, la réglementation en tant que profession de la santé ne signifie pas non plus un progrès sans équivoque. Le travail des psychologues et des psychothérapeutes cliniciens se situe pour une large part en dehors du champ des soins de santé ; une restriction à une interprétation purement médicale de la profession ne peut que signifier **un appauvrissement sérieux de la profession** elle-même. Nous y reviendrons plus tard.

La lettre dans laquelle la ministre De Block a noté, fin 2019, que le psychologue clinicien n'était plus tenu de s'inscrire sur **la liste de la Commission des psychologues**<sup>16</sup>, a rendu la situation d'autant plus complexe. Les patients/clients ne peuvent plus invoquer la médiation ou la procédure disciplinaire de la Commission des psychologues si le psychologue concerné n'est pas inscrit sur la liste. En outre, la création d'une Commission fédérale pour la surveillance des pratiques de soins de santé est prévue, mais elle ne dispose pas d'une expertise équivalente dans la profession et la déontologie du psychologue.

Entre-temps, en juillet 2020, la ministre a été invitée à clarifier cette position par le biais d'une question parlementaire. Elle est revenue sur sa déclaration précédente et a indiqué que les psychologues cliniciens, comme les autres psychologues, devaient s'inscrire sur la liste de la Commission des psychologues<sup>17</sup>.

### III. Situation actuelle et questions

Alors que l'ex-Ministre de la Santé demandait que l'accompagnement psychologique et la psychothérapie soient intégrés au système des soins de santé, il se fait que pour notre discipline, **le modèle médical n'est applicable que de façon limitée** dans notre domaine professionnel.

Dans le modèle médical, tout est réglé en fonction d'un diagnostic, qu'on ne peut cependant pas étendre tout simplement à la psychologie et à la psychothérapie. Le manuel le plus couramment utilisé pour un diagnostic dans notre domaine est le DSM, qui a toute une histoire derrière lui. À partir du DSM III, on a tenté de standardiser les diagnostics, avec pour effet particulier que les noms

<sup>15</sup> <https://www.const-court.be/public/f/2017/2017-039f.pdf>

<sup>16</sup> [http://uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/antwoord\\_minister\\_vvvp.pdf](http://uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/antwoord_minister_vvvp.pdf)

<sup>17</sup> [https://bezorgdepsychologen.jouwweb.be/blog/507835\\_antwoord-parlementaire-vraag-k901-van-30-07-2020-van-mevrouw-rohonyi](https://bezorgdepsychologen.jouwweb.be/blog/507835_antwoord-parlementaire-vraag-k901-van-30-07-2020-van-mevrouw-rohonyi)

utilisés pour décrire certains phénomènes (comme le TDAH) ont été progressivement considérés comme étant leurs causes<sup>18</sup>. Entre-temps, le **DSM fait l'objet de critiques croissantes**<sup>19</sup>, avant tout en raison de l'inflation diagnostique qui a conduit à une médicalisation beaucoup trop importante chez de nombreuses personnes<sup>20</sup>. En outre, un diagnostic univoque est difficilement réalisable - on peut se voir attribuer toutes sortes d'étiquettes DSM et, de plus, on peut aussi changer de trouble de temps à autre<sup>21</sup>.

De plus, le diagnostic établit également un **rapport de force** : quelqu'un juge quelqu'un d'autre, ce qui indéniablement impacte le travail thérapeutique. Un diagnostic peut parfois apporter un soulagement, mais il reste que par un diagnostic les personnes sont qualifiées de "malade" ou "avec un trouble" alors que l'autre est supposé être "en bonne santé". Qui plus est, un diagnostic tel que celui d'"autisme" ne dit rien sur la façon dont ce soi-disant trouble prend spécifiquement forme dans la dynamique de l'individu.

En outre, la pratique du psychologue ou du psychothérapeute montre clairement que de nombreuses personnes font appel à l'aide en raison de **problèmes qui ne sont pas liés à la maladie ou à la santé**. Quelqu'un qui ne s'en sort pas ou qui veut divorcer de son époux avec lequel cela ne colle plus depuis longtemps. Quelqu'un qui est tombé amoureux d'un collègue et qui est donc en complet désaccord avec lui-même. Inscrire ce genre de problème dans un diagnostic médical signifie une pathologisation de choses qui appartiennent à la vie, même si l'on fait appel à une aide psychologique.

Les **symptômes psychologiques** n'ont pas la même place que les symptômes en médecine somatique. Pensons par exemple à l'épuisement professionnel : faut-il le "guérir" ? Ou est-il plus approprié de prendre conscience que ce burn-out était le signe que la personne était dans une sorte d'équilibre psychologique qui n'était en fait plus tenable ? Si l'on se base uniquement sur un modèle médical et qu'on tente d'éliminer les "symptômes", on ne touche pas aux aspects non médicaux qui ont joué un rôle dans l'apparition de cet épuisement, ce qui implique un risque de rechute.

L'approche somatique est de plus en plus basée sur une méthode scientifique fondée sur des preuves (« evidence based »), dans laquelle les expériences sont soumises à des conditions mesurables strictement définies. Cependant, la réalité psychologique est telle que si on la limite à des conditions mesurables on réduit inévitablement la complexité du vécu psychologique<sup>22</sup>. En outre, il reste difficile de mesurer les résultats sur une période relativement longue<sup>23</sup>. Inévitablement, les protocoles seront donc de moins en moins applicables en fonction de la complexité du problème du patient/client. En outre, ces résultats « evidence-based » doivent tenir compte du taux d'interruption de la thérapie, du nombre personnes qui ne répondent pas aux critères ou de personnes qui ne persistent pas dans un certain type de traitement.

---

<sup>18</sup> Dehue, T. *De depressie-epidemie*. Amsterdam, Augustus, 2009, p. 48.

<sup>19</sup> Dans notre pays : Vanheule, S. : *Diagnosis and the DSM: A Critical Review* et l'Avis du conseil supérieur de la santé :

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/css\\_9360\\_dsm5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf)

<sup>20</sup> Allen Frances, dans l'introduction de son livre sur l'histoire et le déraillement de la psychiatrie, décrit qu'il a lui-même collaboré aux DSM III et IV mais, malgré la prise de conscience de ce risque, n'a pas pu éviter que le DSM a entraîné une surutilisation diagnostique et une surutilisation de médicaments psychotropes.

Frances A. *Terug naar normaal*. Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2013, p. 12.

<sup>21</sup> Dehue, T. *De depressie-epidemie*. Amsterdam, Augustus, 2009, p. 54.

<sup>22</sup> (trad) Après tout, le degré de concordance diagnostique qui pourrait être atteint dans des situations de recherche idéales n'est pas réalisable dans la pratique indisciplinée de la psychiatrie quotidienne.

Frances A. *Terug naar normaal*. Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2013, p. 81.

<sup>23</sup> Dehue, T. *De depressie-epidemie*. Amsterdam, Augustus, 2009, p. 160.

De bons soins en santé mentale doivent tenir compte du fait qu'une grande partie de la recherche scientifique porte sur des personnes qui arrêtent prématurément ou qui souffrent de problèmes trop complexes et qui ont en réalité besoin d'une intervention psychologique plus approfondie ou d'une psychothérapie. Ce sont ces personnes qui peuvent être atteintes par un traitement basé sur l'individu et le privé. Nous pensons donc que les soins de santé mentale devraient reposer sur **deux piliers** : d'une part, il existe des soins psychologiques fondés sur des preuves qui peuvent être situés dans le cadre d'une réflexion scientifique – **evidence based** – partant d'une standardisation et de protocoles de soins. D'autre part, on peut faire appel aux données de la pratique, pilier de la trajectoire individualisée – **practice based evidence** – qui se centre principalement sur le privé, la dynamique relationnelle personnelle qui permet aux gens d'atteindre un bien-être mental et un équilibre vivable<sup>24</sup>.

Les réformes et lois décalquées du champ de la santé des organes à celui de la santé mentale dans un copier-coller intempestif ignorent la spécificité de nos pratiques professionnelles.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les informations du dossier peuvent, sous certaines conditions, être échangées entre les médecins, infirmières et les professionnels de la santé en général. Si dans le champ du somatique, la transparence et le partage des données confidentielles optimisent la continuité des soins, il n'en va pas de même dans le champ de la santé mentale.

En effet, dans le cadre d'une consultation psychologique ou d'une psychothérapie, notre pratique est une clinique de la rencontre dans la confidentialité d'un sujet. **Le respect du secret professionnel** en est la condition sine qua non pour instaurer une relation de confiance entre le détenteur du secret et la personne en qui il place sa confiance. Ce secret professionnel ne peut être levé à titre individuel. Une personne qui souhaite faire appel à un psychologue ou à un psychothérapeute doit pouvoir être sûre que les informations confidentielles qui sont échangées continuent à rester confidentielles. En outre, dans le cadre des accompagnements psychologiques/ psychothérapeutiques, il est très souvent question d'interactions avec des tiers, où le risque existe que des informations arrivent dans le dossier médical sans que les tiers concernés aient eu leur mot à dire.

Un retour à la sagesse du Code pénal et à l'expérience synthétisée dans notre code de déontologie<sup>25</sup> est indispensable. D'un point de vue juridique, le devoir de secret professionnel poursuit une double finalité : il vise la protection de la vie privée et la protection de la relation de confiance. Cette relation de confiance inclut non seulement la relation thérapeutique elle-même mais aussi l'accès sans crainte aux soins.<sup>26</sup> C'est ce qu'a rappelé, très récemment, la cour constitutionnelle : « *L'obligation de secret, imposée au dépositaire par le législateur, vise, à titre principal, à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans ce qu'elle a de plus intime. Par ailleurs, le respect du secret professionnel est la condition sine qua non pour que s'instaure un lien de confiance entre le détenteur du secret et la personne qui se confie. Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui* ». <sup>27</sup>.

Il convient donc de réfléchir longuement à la manière dont la concertation avec un médecin généraliste ou d'autres intervenants peut prendre forme. À notre avis, l'obligation de partager l'information est en contradiction avec le lien de confiance qui doit être mis en place. Il est essentiel

---

<sup>24</sup> Declercq, E. (2018). *Clinique de l'humanisation à l'épreuve des traumatismes extrêmes cumulés à l'exil. De la torture déshumanisante à une psychanalyse de la réhumanisation*. Louvain-La-Neuve : Presses Universitaires de Louvain

<sup>25</sup> [https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code\\_de\\_deontologie\\_fr\\_2018.pdf](https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code_de_deontologie_fr_2018.pdf)

<sup>26</sup> « *Cette règle repose sur la nécessité d'assurer une entière sécurité à ceux qui doivent se confier à eux et de permettre à chacun d'obtenir les soins qu'exige son état, quelle qu'en soit la cause* »

Cass., 16 décembre 1992, Pas., 1, p.1390. Voir aussi : Cass., 2 juin 2010, R.G. P.10.0247.F/1

<sup>27</sup> Arrêt 44/219 de la cour constitutionnelle (B.4.1.) 14 mars 2019.

que la confidentialité reste la règle première. Ce n'est que si la situation clinique l'exige, dans l'intérêt du client/patient et si possible avec son *assentiment éclairé* que le partage du secret sera effectué en tenant compte de la singularité de chaque situation (fluctuante) et ce **dans le respect des règles cumulatives autorisant le partage du secret.**<sup>28</sup>

Il est clair que les domaines de la psychologie et de la psychothérapie ont leur **propre dynamique, pour laquelle l'approche somatique** ne peut servir de cadre de référence. Tant que la psychologie et la psychothérapie n'étaient pas inscrits à l'AR78 des professions de la santé, cela ne posait pas de problème. Maintenant que le psychologue (et bientôt peut-être aussi le psychothérapeute) doit se situer dans ce cadre, cela ne devient plus aussi évident. Après tout, l'intention est de parvenir à une seule et même législation, par exemple la loi sur la qualité, pour toutes les professions de santé - indépendamment du caractère unique de notre profession.

La spécificité du psychologue est largement incarnée et garantie par notre **code de déontologie**, qui a depuis prouvé sa solidité. Actuellement, la Commission des psychologues reconnaît explicitement, de facto et symboliquement, que **le champ clinique du psychologue est plus large que celui des soins de santé**. Nous entendons des collègues demander d'inclure la Commission des psychologues en tant qu'organe disciplinaire au sein du SPF Santé publique - ce qui ne nous semble guère indiqué compte tenu de nos objections antérieures.

La psychologie est essentiellement une discipline dont l'objet est le relationnel entre un individu et son environnement au sens large, non seulement au sein d'une famille, mais aussi au travail et à l'école. Une **fertilisation croisée entre ces différents secteurs** est donc d'une grande importance pour, par exemple, contrecarrer la pathologisation des problèmes et pour intégrer les connaissances du champ clinique dans les autres domaines. Certaines thématiques sont effectivement intersectorielles ; on est par exemple confronté au burnout aussi bien dans le cadre de la psychologie du travail et des organisations que de la psychologie scolaire. D'ailleurs, bon nombre de psychologues scolaires ou de psychologues du travail exercent une profession clinique à titre complémentaire. C'est pourquoi l'Uppsy-Bupsy est favorable au maintien de cette constellation juridique, afin que le psychologue clinicien puisse continuer à exister en dehors du secteur des soins de santé et rester en lien avec ses collègues d'autres secteurs.

La loi coordonnée sur les professions de santé (LEPSS) stipule que pour exercer une profession de la santé, il faut être inscrit le cas échéant sur la liste de l'ordre ayant force de loi pour la profession<sup>29</sup>.

Étant donné qu'il n'est pas souhaitable d'inscrire complètement la psychologie dans le cadre d'une approche somatique - pour les raisons exposées ci-dessus - il nous semble important d'ancrer cette indépendance aussi sur le plan institutionnel. C'est ainsi que la coopération avec les autres secteurs de psychologues restera préservée.

#### **IV. Proposition : reconnaissance de la Commission des Psychologues comme Ordre en ce qui concerne l'application de l'Article 25 LEPSS**

En ce sens, nous demandons la confirmation que la **Commission des Psychologues, sous tutelle du SPF des Classes Moyennes soit reconnue comme un Ordre en ce qui concerne l'application de l'Article 25 LEPSS**. Voici nos arguments :

- 1) Tout comme l'Ordre des Médecins, la Commission des Psychologues est autorisée à garder un registre des personnes autorisées à porter le titre professionnel.

---

<sup>28</sup> Code de déontologie des psychologues. Art. 14

Vermeylen, M. (2020) *Le secret professionnel partagé du psychologue clinicien et le travail en réseau*.

[http://www.uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/deontologie\\_spp\\_et\\_reseau\\_23112020\\_fr.pdf](http://www.uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/deontologie_spp_et_reseau_23112020_fr.pdf)

<sup>29</sup> Art. 25 Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, B.S. 18 juni 2015.

- 2) Comme l'Ordre des Médecins, la Commission des Psychologues dispose de conseils disciplinaires pour assurer la bonne application de la déontologie (ce qui pour les psychologues est inscrit dans la loi).
- 3) Comme l'Ordre des Médecins, la Commission des Psychologues est financée presque entièrement par les contributions des professionnels eux-mêmes.
- 4) La Commission des psychologues travaille de manière transversale pour les psychologues de toutes les disciplines et pas seulement pour les psychologues cliniciens.
- 5) La pratique des psychologues cliniciens ne se limite pas au domaine médical, mais s'étend également au domaine relationnel, social, éducatif, sociétal... et en tant que tel, ne relève pas uniquement du secteur des soins de santé.

En pratique ceci signifie que:

- Pour porter le titre de psychologue, il faut effectivement s'inscrire auprès de la Commission des psychologues et s'engager à respecter le code de déontologie tel qu'il est rédigé.
- En outre, pour effectuer un travail clinique en tant que psychologue, il faut obtenir un visa auprès du SPF Santé publique.
- En reconnaissant la Commission des Psychologues comme un ordre en ce qui concerne l'application de l'Article 25 LEPSS, la connexion entre les différents secteurs est maintenue, et le champ de la psychologie clinique restera plus large que le champ médical.

Nous demandons donc aux responsables des deux ministères d'examiner cette possibilité et de clarifier les incompatibilités éventuelles, en consultation avec les parties concernées.

Nous restons à votre entière disposition pour toute information complémentaire sur notre position. Si tel est votre souhait, vous pouvez nous contacter par mail : [uppsy.bupsy@gmail.com](mailto:uppsy.bupsy@gmail.com)

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués,

Martine Vermeylen,

Président ad interim de Uppsy-Bupsy, au nom du Conseil d'Administration de la Beroepsunie van Psychologen-Union Professionnelle des Psychologues <http://uppsy-bupsy.be/><sup>30</sup>

Francis Martens,

Président de l'APPPsy, au nom du Conseil d'Administration de l'Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique (APPPsy), fédération professionnelle nationale reconnue.

---

<sup>30</sup> Ce texte a été écrit par Hilde Descamps et Tania Schuddinck, en collaboration avec Brigitte Dohmen, Diane Drory, Francis Martens, Geneviève Monnoye, Lara Nils, Stef Joos, Claudia Ucros, Martine Vermeylen, Ria Walgraffe-Vanden Broucke.



Nos collègues d'Appelsy-Klipsy ont décidé de soutenir notre action dans une lettre séparée.

Signatures pour soutenir cette position :

Stef Joos, Nathalie De Neef, Tim Reddé, Wouter Mareels, Philippe Grisar, Hilde Descamps, Tania Schuddinck pour les Psychologues Concernés<sup>31</sup>.

Signatures à titre personnel :

Sara Bergmans, Agnes Boedt, Prof. Dr. Em. James Day, Diane Drory, Dries Dulsster PhD, Prof. Dr. Abe Geldhof, Sofie Goovaerts, Hanne Haemers, Chantal Hanquet, Brigitte Janssen, Mileen Janssens, Mieke Jaspers, Erwin Legiest, Evi Lima Marques, Wim Matthys PhD, Nezha Qnioun, Bart Reynders, Dr. Leo Ruelens, psychiatre, Claudia Sas, Wouter Smits, Els Therssen, Naomi Van de Moortele, Saskia Van der Borght, Sarah Vanderhofstadt, Nathalie Van Noyen, Jalta Van Sweevelt, Tom Verhaeghe, Ria Walgraffe-Vanden Broucke, Frédéric Widart PhD, Prof. Dr. Jochem Willemsen, Katrien Zabeau

---

<sup>31</sup> Les psychologues concernés forment un groupe de psychologues, tous fermement ancrés dans le travail clinique, qui aiment réfléchir à ce qui bouge dans la profession que nous exerçons.