

La nouvelle convention sur le "remboursement du psychologue" : pour tous ?

Hilde Descamps, traduit par Martine Vermeulen

Fin juillet 2021, les psychologues ont été surpris par la nouvelle d'une nouvelle convention sur le "remboursement des soins psychologiques pour tous".¹

Cette convention offre beaucoup de choses positives. Le fait qu'il y aura un remboursement des soins psychologiques ambulatoires est symboliquement un grand pas, beaucoup en conviennent. Le fait que des représentants des patients, des experts d'expérience et des représentants d'organisations de familles de patients aient pu s'asseoir à la table et être impliqués est une bonne chose.

Les soins de santé mentale forment comme une maison avec de nombreuses pièces et volets, et il est important que la réglementation et la couverture médiatique des soins de santé mentale en tiennent compte. On s'attendait donc à ce qu'une convention qui parle de "remboursement pour tous" constitue une meilleure base pour cela.

La réaction initiale de jubilation s'est vite estompée lorsque le texte de la convention elle-même a été analysé. Quiconque regarde les petits caractères se rend vite compte qu'il n'existe pas de base aussi large.

Toute personne qui le signale se voit répondre qu'il ne s'agit que d'un document de base, qui doit encore être affiné. Mais ne devrait-on pas s'attendre à ce qu'un document de base commence par inclure toutes les possibilités et être plus large, puis devienne plus concrète et précise au cours du processus de raffinement ?

En pratique, ce n'est pas si simple. Examinons donc le texte de plus près.

1. L'AUTONOMIE DU PATIENT ET DU PSYCHOLOGUE EST MISE À MAL

(Introduction) " Cette convention s'appuie sur la première convention intitulée « soins psychologiques de première ligne » et tient compte de nombreuses préoccupations et recommandations. " (p.2)

La convention sur les soins psychologiques de première ligne était initialement limitée en termes d'âge et de pathologies. Il est remarquable que ces limitations aient été supprimées dans cette convention.

Ces dernières années, il est apparu que les psychologues avaient refusé en masse de signer cette convention, ce qui n'était pas à cause de ces restrictions et certainement pas seulement à cause de la rémunération, comme on l'a souvent entendu. L'une des raisons est que le remboursement dans le cadre des soins psychologiques primaires dépendait d'une prescription du médecin. À ce jour, on ne sait pas combien de personnes finissent par consulter un psychologue indépendamment d'un médecin, mais le nombre est important. Lorsque ces personnes sont obligées de passer par un médecin (généraliste), elles sont obligées de raconter leur histoire deux fois, qui plus est à quelqu'un

1

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_offre_soins_psychologiques_renforcee_pour_tous.pdf?fbclid=IwAR1oagZ3jmqUzvtjw4Talqr8SJCvgLSavxEMkpszagKVLgteD1ummyGbAtU

à qui elles n'ont pas forcément envie de se confier. Il s'agit d'un empiètement sur l'autonomie des personnes elles-mêmes, qui, après tout, ont pris la décision elles-mêmes de choisir leur psychologue, mais aussi sur l'autonomie du psychologue.

Nous verrons plus loin comment ce groupe de patients n'a pas non plus été inclus dans cette convention.

Article 9, 12° (le psychologue clinicien/orthopédagogue qui) est engagé pour l'ensemble des réseaux adultes/personnes âgées et enfants et adolescents, pendant au moins 8 heures par semaine. (p. 12)

Le psychologue/éducateur orthopédagogue est censé garder 8 heures par semaine libres pour les patients référés par le réseau. Il n'est donc pas libre de décider s'il a la place de commencer de nouveaux traitements - avec le risque que les traitements en cours en pâtissent.

En outre, dans le cadre des soins ambulatoires de santé mentale, de nombreux psychologues combinent une activité principale - par exemple dans une institution psychiatrique - et un statut indépendant dans une activité secondaire. Cette combinaison enrichit l'expérience et la profession, car elle permet une fertilisation croisée entre le travail en équipe au sein d'une certaine organisation et avec un certain groupe cible d'une part, et le travail indépendant d'autre part.

Pour beaucoup, une profession secondaire ne peut être combinée avec l'obligation de disposer de huit heures libres par semaine. La convention menace donc d'être impossible à réaliser pour les psychologues travaillant en tant que professionnel complémentaire, qui se resteront ainsi sur le bord du chemin, excluant d'emblée une partie de l'offre ambulatoire en matière de soins de santé mentale.

Article 7, 3° "Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés" (p.10)

Il va de soi que la coopération avec les médecins généralistes et les autres services fait partie de notre travail. Il est bien connu que de nombreuses personnes n'ont aucun souci à ce que le médecin généraliste soit informé de leurs problèmes.

Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, il existe de nombreuses personnes qui, précisément en raison de la proximité du médecin généraliste, préfèrent chercher une aide qui ne leur est pas aussi familière, car cette proximité les empêche de parler librement.

La convention ne précise pas ce qui doit se passer si le patient n'accepte pas de contacter le médecin généraliste, et si cette possibilité existe sans que cela ait des conséquences sur le remboursement des séances. L'existence de la possibilité de ne pas informer le médecin généraliste est cruciale pour assurer la confiance dans la relation thérapeutique.

Article 6, 3° “La fonction psychologique spécialisée ne peut être remboursée qu’après une notification au réseau de soins psychiques spécialisés ambulatoires sur la base d’un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau sur la notification et la gestion des soins” (p. 10)

Dans la convention, un médecin est impliqué de manière standard pour aider à déterminer si une aide spécialisée est nécessaire, et pour décider si un suivi supplémentaire par un psychologue est nécessaire. Cela signifie qu'un médecin, qui n'a souvent - à l'exception des psychiatres - aucune formation ou une formation minimale dans le domaine de la psychologie, peut être impliqué dans le processus de décision.

Nous tenons à souligner qu'il ne s'agit pas de sous-estimer les compétences ou l'apport du médecin. Ce qui est important, c'est qu'un groupe de professionnels n'ayant reçu aucune formation en soins psychologiques ou en psychothérapie soit appelé à contribuer à la réflexion sur la manière et le rythme d'un tel processus. Les médecins sont formés pour penser d'un point de vue médical, ce qui est profondément différent des soins psychologiques/psychothérapeutiques ; nous y reviendrons plus loin.

La seule alternative serait alors de toujours faire intervenir un psychiatre dans la consultation, mais cela n'est pas précisé dans la convention.²

Quant aux psychologues et aux psychothérapeutes, ils sont formés pour évaluer une demande d'aide du point de vue des soins de santé mentale. La question est donc de savoir pourquoi l'orientation vers une aide spécialisée doit se faire en collaboration avec le médecin, et - encore et surtout - ce qui doit se passer si le patient n'accepte pas de consulter le médecin (généraliste). N'y a-t-il aucune possibilité alors d'obtenir un remboursement?

2. LA CONVENTION EST TROP BASÉE SUR UN MODÈLE MÉDICAL

(Introduction) “Les missions regroupées sous la fonction de soins psychologiques de première ligne sont très accessibles et organisées dans l’environnement immédiat de la personne. En cas de problèmes psychiques légers à modérément graves, une prise en charge plus spécialisée est indiquée et est signalée au réseau de soins psychologiques spécialisés.” (p.4)

Comme c'est déjà le cas dans les soins de première ligne en Flandre, le point de départ est le principe de soins par étapes, qui est copié sur le modèle des soins somatiques, où le médecin généraliste est d'abord contacté avant l'orientation vers un spécialiste.

Dans le domaine de la santé mentale, cela pose problème lorsque les deux fonctions sont remplies par deux prestataires de soins différents. La transition vers un autre prestataire de soins n'est pas facile. Dans le cadre des soins de santé somatiques, il est généralement avantageux que le médecin ait déjà reçu les informations nécessaires sur l'affection pour laquelle il est consulté. Dans le cadre des soins de santé mentale, une personne doit raconter son histoire à un conseiller qui s'est déjà fait une image de la personne. Cette histoire est souvent accompagnée de beaucoup de honte et de tristesse. Cela peut parfois être thérapeutique, mais alors, il est préférable de le faire lorsque le

² On pourrait se référer à l'article 7, 6°, mais là, le psychiatre n'est mentionné que comme une possibilité.

client/patient est prêt à le faire, et non parce que cela doit être fait pour respecter le protocole de remboursement.

Pour certaines personnes, il peut être intéressant de prendre en compte la différence d'offre entre l'aide psychologique de première ligne et l'aide spécialisée et s'en tenir à cette transition par étapes, mais sans imposer ce modèle à tout le monde. Idéalement, les attentes du client sont prises en compte.

En outre, cette clause implique également une limitation en ce qui concerne le choix du psychologue. Nous y reviendrons plus tard.

Article 2 " la maladie mentale sous-jacente " (p. 6)

Les problèmes psychologiques ne sont pas comme les problèmes médicaux. Ils sont souvent liés à des événements qui se produisent dans la vie ou dans l'environnement, qui entraînent une réaction et qui nécessitent un traitement psychologique pour tenir le coup. Souvent, les problèmes psychologiques ne sont pas éliminés, mais ils doivent être traités pour que les personnes puissent aller de l'avant.

Le deuil en est un exemple classique. Le DSM, un manuel couramment utilisé pour établir des diagnostics de santé mentale, parle de deuil pathologique, à partir d'une période de six mois. Dans l'expérience quotidienne, cependant, il semble que six mois soit une période relativement courte pour que de nombreuses personnes fassent le travail de deuil. Est-ce pour cela qu'ils sont malades ? N'est-ce pas la nature humaine que les gens aient besoin de temps pour ce travail?

Autre exemple : quelqu'un est licencié au travail. Lorsque les gens ont beaucoup investi dans leur travail, cela peut être très perturbant. Les personnes ont besoin de temps pour en parler, pour intérioriser l'événement, pour le laisser s'évacuer. Cela s'accompagne souvent d'une humeur dépressive ou d'une irritation. Est-ce pour autant que les gens doivent être considérés comme des malades?

On peut agir sur les phénomènes associés à cette période de transition, par exemple, la dépression ou l'anxiété qui apparaît alors. Cela ne signifie pas que les gens sont malades, et il est important de ne pas qualifier les problèmes de maladies, et donc de ne pas baser les soins de santé mentale sur un modèle médical, en partant d'un diagnostic pour concevoir un traitement.

Il y a quelque temps, le Conseil supérieur de la santé a publié un avis consultatif dans lequel il exprimait de sérieuses réserves quant à l'utilisation d'un diagnostic pour les soins de santé mentale.³ On pourrait faire valoir que la convention actuelle ne fait pas référence à un diagnostic. Lorsqu'elle parle d'une condition sous-jacente, il s'agit d'une formulation voilée de la même vision.

3. NOTRE CODE DÉONTOLOGIQUE N'EST PAS COMPATIBLE AVEC CETTE CONVENTION

Article 7, 6° "Cette concertation multidisciplinaire coordonne di-verses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psy-chiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques)". (p. 10)

³ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf

Le code déontologique du psychologue⁴ stipule :

Art.29. Art. 29. Le psychologue est responsable d'assurer la continuité des services professionnels rendus au client ou sujet, en ce compris la coopération avec d'autres professions. Il prend les mesures nécessaires lorsqu'il doit suspendre ou terminer son engagement.

Art. 45. Lorsqu'un psychologue exerce diverses activités (par exemple expertise, diagnostic à la demande de tiers, thérapie, fonctions administratives, ...) il veille à ce que le client ou sujet soit au courant de ces divers types d'activités. Il précise toujours dès le départ à son client ou sujet dans quel cadre il le rencontre. Il s'en tient à une seule activité avec la même personne.

La convention telle qu'elle existe concerne le remboursement des soins psychologiques. Toutefois, le texte mentionné fait référence à la question de savoir si les soins sont encore et toujours nécessaires et s'ils peuvent être remboursés. Il semble considéré comme acquis que ces deux questions se recoupent, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Avec un nombre maximum de 20 séances par an, on peut supposer qu'il y aura des traitements dans lesquels un certain nombre de séances seront financées par l'INAMI, complétées par des séances à la charge du patient lui-même (si cela est possible?).

En pratique, cela signifie que le psychologue est, d'une part, responsable de la poursuite du traitement, mais qu'il est également appelé à décider de la poursuite du financement de ce traitement - une combinaison de positions qui n'est pas permise par le code de déontologie, et qui peut le mettre en conflit avec sa responsabilité en matière de continuité du traitement.

(Introduction) " d'un dossier patient multidisciplinaire partagé " (p. 5)

Notre travail dépend de la confiance dans le secret professionnel. Une confiance qui n'est pas seulement liée aux informations que le patient lui-même partage avec nous et dont il peut s'attendre à ce qu'elles soient gardées derrière des portes fermées. Le secret professionnel fait partie de l'ordre public. Elle doit garantir à ceux qui souhaitent consulter un psychologue que cela puisse se faire dans le respect du secret professionnel. Cette nécessité a depuis été confirmée à plusieurs reprises par le législateur⁵.

En outre, un dossier psychologique contient généralement des informations sur des tiers, et il est impossible de demander à ces tiers l'autorisation de partager des informations.

Les conditions de partage des informations du dossier du patient sont décrites par notre code de déontologie, qui stipule :

Art.19 Le consentement libre et informé du client, du sujet ou de son représentant légal doit être obtenu avant tout enregistrement (par exemple : manuscrit, audio-visuel, informatique, etc.) des données qui le concernent. Ceci vaut également pour le transfert de données à quelque fin que ce soit

Lors de précédentes discussions avec l'INAMI, la question a été soulevée de savoir si le dossier électronique partagé du patient remplit cette condition, question qui n'a pas encore été clarifiée.

⁴ https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code_de_deontologie_fr_2018.pdf

⁵ Voir l'article de Geneviève Monnoie, http://uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/conflit_de_valeurs_gm.pdf

Il reste que le patient doit accepter le partage de ces informations. La convention dont il est question parle du consentement du patient, mais il n'y a pas d'alternative dans le cas où le patient ne donne pas ce consentement.

Nous renvoyons à l'avis qui a été récemment formulé par le Conseil Supérieur des Indépendants et des PME⁶ dans ce domaine, qui a tenu compte de ces commentaires. Elle recommande qu'avant la création d'un dossier électronique, le consentement du patient soit demandé, conformément à notre code déontologie et à notre éthique professionnelle.

4. LE LIBRE CHOIX DU PRATICIEN PAR LE PATIENT EST COMPROMIS

Article 9 “les remboursements liés aux missions confiées aux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ne peuvent être utilisés que pour le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui a conclu une convention avec le réseau SSM.” (p. 11)

Dans la clause susmentionnée, la convention restreint le patient dans son libre choix du prestataire de soins, un droit qui lui est pourtant accordé par la loi sur les droits des patients, qui stipule ce qui suit :

Art. 6. Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.⁷

5. L'ORGANISATION EST TROP LOURDE ET LIMITE LE CHOIX ET LA PARTICIPATION DU PSYCHOLOGUE / ORTHOPÉDAGOGUE

Article 11, 5^c “Accords concernant l'intégration des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants (par exemple, rôle du cercle local de psychologues) dans la gouvernance et la collaboration dans le réseau SSM”. (p. 13)

Nous faisons ici référence à une plainte qui a déjà été mentionnée plusieurs fois : certains cercles de psychologues en Flandre ne sont pas indépendants, dans le sens où seuls les membres d'une certaine association professionnelle de psychologues peuvent entrer au conseil de direction. Cette plainte a déjà été signalée à l'association professionnelle en question et au ministre Beke, sans connaissance d'un résultat positif.

Lorsqu'une association de psychologues est impliquée dans un réseau régional de soins, on peut au moins s'attendre à ce que son comité de réseau soit indépendant et admette également des psychologues qui ne sont pas tous liés les uns aux autres.

Article 9 “... le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui... participe aux interventions/supervisions avec les autres psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou autres professionnels du réseau SSM. Ces interventions sont organisées localement et coordonnées par le réseau SSM”. (p. 11)

L'intervention et la supervision nécessitent une confiance dans les personnes et le groupe où l'on vient parler de ce qui se passe dans le cadre de ce traitement, entre le praticien et le patient. Si cette

⁶ https://385f4691-fbbb-4f76-bb1e-a4dae2a921fb.filesusr.com/ugd/dbba60_6a24a68ccfb44ccb979e2ee3d0822693.pdf

⁷ https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F

confiance fait défaut, la liberté d'expression, qui est nécessaire à la qualité de l'intervision, est entravée. Le libre choix du groupe où l'on va parler de son propre travail est donc une condition nécessaire pour que l'intervision/supervision apporte une valeur ajoutée.

Article 11, 7° “Par l'intermédiaire de l'hôpital, dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention”. (p. 13)

Article 13 §2 Coût de l'hôpital pour la charge administrative (p. 15)

Tout comme pour l'accord sur les soins psychologiques primaires, il reste compliqué que l'on installe beaucoup de conditions administratives pour le traitement des dossiers qui font l'objet d'un remboursement. Il est surtout paradoxal que l'on confie l'administration et le financement des psychologues aux hôpitaux (la troisième ligne), alors que l'on prétend rendre les soins psychologiques de la première ligne plus accessibles.