

LE DIAGNOSTIC MÉDICAL ET L'ACTE MÉDICAL AU CENTRE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS: ASPECTS JURIDIQUES ET RÉGLEMENTAIRES¹

(Il s'agit de deux interventions au Forum des psychologues 2008, l'un sur le « Diagnostic médical » et l'autre de la table ronde sur les perspectives pour la profession)

Mme Senja STIRN

Prés. Réseau national des psychologues

I - LES CONTRAINTES ET LES POSSIBILITÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ACTUEL

Actuellement, les réformes du système de santé français se heurtent à trois types de contraintes juridiques et administratives, rendant des changements particulièrement difficiles, notamment quant à l'organisation de la coopération entre professions de santé :

- les règles relatives à la protection de l'intégrité des personnes,
- l'organisation actuelle du système de répartition de tâches entre professions qui découle du premier point,
- les conséquences de l'organisation de ce système quant à d'autres champs de droit (droit fiscal et social, droit de la sécurité sociale, droit des responsabilités indemnitaires et des assurances).

1. Au centre du système de santé français actuel: l'acte médical et le diagnostic médical

1.1. La nécessaire protection de l'intégrité physique

Le système de santé français repose tout d'abord sur la protection de l'intégrité physique du citoyen. Cela implique la notion du « *respect du corps humain* », en principe considéré en tant que l'entité globale et entière, même si la question de l'intégration du psychisme dans ce corps reste floue.

La notion du « respect du corps humain » dans le Code civil français :

- « *Chacun a droit au respect de son corps. / Le corps humain est inviolable. / Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial* » (article 16-1)
- « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* » (article 16-3)
- Pour assurer le respect de ces dispositions, il existe deux règles :
 - « *Le juge peut prescrire toutes mesures propres à empêcher ou faire cesser une atteinte illicite au corps humain ou des agissements illicites portant sur des éléments ou des produits de celui-ci* » (article 16-2)
 - « *Les dispositions du présent chapitre sont d'ordre public* » (article 16-9), énoncé signifiant que l'on ne peut déroger à ces règles par un acte de volonté, seule la loi pouvant prévoir des dérogations aux règles analysées.

On constate donc que la possibilité de porter atteinte à l'intégrité du corps humain ne peut être admise qu'à deux conditions :

- la nécessité médicale
- ET le consentement de l'intéressé, mais qui seul ne suffit sans la première condition

Au niveau du **Code pénal** (qui s'attache essentiellement à la protection des valeurs sociales fondamentales dont font évidemment partie la vie ainsi que l'intégrité physique des personnes), la régulation concerne l'activité des professionnels de santé.

Le protection de l'usage du titre du psychologue pourrait rentrer dans cette conception. Toutefois, dans le cas

¹ Le présent article est largement inspiré du rapport de la HAS (2007).

du psychologue, il existe la seule protection du titre, tandis que pour les professionnels de santé existe aussi la protection de l'étendue des compétences, à travers les « fonctions » (art. 433-12). Voir ci-dessous.

Au sens du Code pénal, **une intervention sur le corps humain**, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes ». A ce titre, elle est punissable, la peine étant à la hauteur de la gravité de l'atteinte.

Les atteintes sont de diverse nature :

- les atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité corporelle,
- dans le cas d'absence d'atteinte, la mise en danger délibérée de la vie d'autrui (punissable d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende),
- et le cas de « dépassement » des compétences professionnelles, par infraction d'exercice légal des différentes professions de santé.

Sont alors punissables, selon la gravité de l'atteinte :

- « Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle » ;
- « Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende » ;
- « Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende ».

Par ailleurs, seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain.

Se pose, dès lors, la question des critères légaux de la légitimité de ces interventions.

Le critère retenu par le législateur est celui de la **qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable « permis de soigner »**, permettant à un professionnel de légitimement porter atteinte à l'intégrité physique d'autrui.

Soulignons, à ce propos, que le système n'est pas fondé sur la compétence, possiblement entendue comme « une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter » des professionnels, mais sur **l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux**.

2. UN SYSTÈME DÉFINI SUR LA « QUALIFICATION » ET NON SUR LA « COMPÉTENCE » ET AUTOUR DU MONOPOLE DE LA PROFESSION MÉDICALE

Le CSP² est organisé de manière hiérarchisée en différentes Parties, divisées ensuite en Livres puis en Titres.

Ses deux parties (partie législative et partie réglementaire) comportent toutes deux, les Parties suivantes :

Première partie : Protection générale de la santé, Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances, Quatrième partie : Professions de santé, Cinquième partie : Produits de santé, Sixième partie : Établissements et services de santé.

2.1. La « qualification »

Actuellement, le système des professions est majoritairement défini sur la base de la « qualification » (donc, sur **la possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent**) et non sur la « compétence ». C'est donc le seul diplôme (ou titre équivalent) qui octroie aussi bien l'usage d'un titre et l'exercice d'une profession, sans qu'il y ait nécessité d'un « **permis d'exercice** » supplémentaire et complémentaire à la formation initiale, comme cela peut être le cas dans d'autres pays européens et nord-américains (le permis est alors octroyé le plus souvent par une instance ordinaire, après une(des) formation(s) supplémentaires en termes de stages, supervisions, déontologie ...

L'organisation du CSP selon l'importance des qualifications professionnelles.

La 4^{ème} partie du CSP, intitulée « professions de santé » comporte respectivement 3 livres :

- les « professions médicales » (6 titres) :
 - les 2 premiers titres contiennent les dispositions communes à l'ensemble des « professions médicales »,

² Code de la santé publique.

- les 3 suivants plus particulièrement les professions de « médecin », de « chirurgien-dentiste » et de « sage-femme ».
- Le dernier titre regroupe des « dispositions pénales » quant à l'exercice illégal des trois professions, à l'usurpation de titres et d' « autres dispositions pénales »
- les « professions de la pharmacie » dont celle du « pharmacien » et celle du « préparateur en pharmacie »
- les « auxiliaires médicaux » dont les professions d'infirmier ou d'infirmière (titre 1), de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (titre 2), d'ergothérapeute et de psychomotricien (titre 3), d'orthophoniste et d'orthoptiste (titre 4), de manipulateur d'électroradiologie médicale (titre 5), d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (titre 6) et de diététicien (titre 7).
- Le titre 8 est consacré aux « Dispositions communes et compétences respectives de l'Etat et de la région ».
 - Son chapitre trois comporte (depuis 2005) les règles relatives à quatre professions qui ne sont pas organisées dans le cadre légal, mais dans le cadre réglementaire; cela implique que ces professionnels ne peuvent en aucun cas porter atteinte à l'intégrité physique des personnes puisque dans leurs cas n'existe pas de justification légale à une telle atteinte, un règlement ne pouvant porter exception à une infraction définie dans le cadre d'une loi.
 - Sa section 3 est consacrée aux « Professions d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'ambulanciers et de techniciens en analyses biomédicales ».
- En 2000, c'est la profession de « conseiller en génétique » qui a été inscrite dans le CSP, non pas dans le cadre de cette 4ème partie, mais dans le livre 1 de la 1ère partie qui est consacrée à la « protection des personnes en matière de santé », et plus précisément dans son titre 3, intitulé « examen des caractéristiques génétiques, identification génétique et recherche génétique ». Ainsi placée dans le CSP, cette profession « participe » à la « prise en charge » des patients, mais ne pratique pas d'actes de soins. Plus précisément, elle « participe au sein d'une équipe pluridisciplinaire », mais « sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique, à la délivrance des informations et conseils aux personnes et à leurs familles susceptibles de faire l'objet ou ayant fait l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales ou d'une analyse aux fins du diagnostic prénatal et à la prise en charge médico-sociale, **psychologique** et au suivi des personnes pour lesquelles cet examen ou cette analyse est préconisé ou réalisé ».

De cette place centrale donnée à la qualification, donc au diplôme, il en découle, selon toute logique, l'obligation pour tout professionnel de santé de s'inscrire à une liste départementale (ADELI). Ceci est vrai aussi bien pour les professions de santé inscrites dans le CSP comme pour le psychologue. Ainsi, la profession de psychologue est devenue intimement ficelée au CSP, de manière indirecte.

Le CSP définit aussi les règles des différents ordres existants et l'étendue de leurs compétences, fonctions, missions ..., notamment en matière de la régulation de l'exercice de la profession concernée.

2.2. L' «exercice illégal de la médecine»

Comme nous venons de voir, le principe central du système de santé français consiste à protéger et définir l' «intervention sur le corps humain ». Pour ce faire, il existe l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine. Il est donc construit autour du **monopole de la profession médicale et de son exercice** pour tout ce qui concerne aussi bien les actes, les traitements et les diagnostics puisque « ce n'est que le médecin qui peut toucher à l'intégrité corporelle ». Ce monopole est protégé par des dispositions de l'infraction à **« l'exercice illégal de la médecine »**.

Il en découle que les compétences des autres professions de santé ne sont que **« des dérogations à son monopole »** et définies actuellement par des **« décrets d'actes »**. Ainsi, les actes exécutés par les auxiliaires médicaux ne peuvent être accomplis soit exclusivement **« sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment »** soit **« uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci »**.

D'après le CSP ³, « exerce illégalement la médecine » :

1^o Toute personne **qui prend part** habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin,

³ L'article L. 4161-1 du CSP.

à l'établissement d'**un diagnostic ou au traitement** de maladies, congénitales ou acquises, **réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites** ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre ... et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles du CSP⁴; ...

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins ; ...

En résumé, constitue un exercice illégal de la médecine :

- le diagnostic d'une maladie,
- le traitement d'un patient,
- la réalisation des actes professionnels réservés aux médecins⁵

A l'exception de la psychothérapie pour laquelle existent des jurisprudences, nous pourrions nous poser la question en quoi les consultations (verbales ou écrites), l'établissement d'un diagnostic et les traitements (le système de santé considérant que le suivi, les psychothérapies ... constituent des « traitements) ne placent le psychologue dans une position de l'exercice illégal de la médecine. En supposant alors que le psychisme loge dans le corps et que l' »intervention « sur le psychisme (dont une consultation, par exemple), dans ce cas, « toucherait à l'intégrité du corps ».

La référence aux actes qui peuvent être accomplis par les membres des autres professions que la profession médicale

C'est à partir de la désignation des « *personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret* », que sont régulés les auxiliaires médicaux. Il est alors compréhensible que toute intervention d'un auxiliaire médical, mais aussi de la sage-femme, au sens du droit actuel, ne constitue que l'exception au monopole médical, puisque l'exercice illégal de la médecine a notamment pour objet la défense de ce monopole.

Autrement dit, les « décrets d'actes » ne peuvent prendre forme, et sous peine d'illégalité, de simples décrets ou arrêtés du ministre de la santé, mais de décrets en Conseil d'État, actes du premier ministre.

Selon le type de contrôle exercé par la profession médicale⁶ sur la réalisation des actes, il en existe trois types :

- les actes qui « *ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine* » ;
- les actes qui « *ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivant, dont la liste est limitative* » ...;
- enfin, « *peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative* ... ».

On conçoit, cependant, que le système touche à sa limite dès lors que l'intervention médicale, notamment pour des raisons de démographie ou d'organisation, ne peut plus être systématiquement assurée. C'est sur cette difficulté que seront établis les changements, puisque nécessaires dans la pratique.

A part les champs de droit mentionnés ci-dessus, d'autres en sont impliqués aussi, comme le champ fiscal et

⁴ L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5.

⁵ Ces derniers sont prévus dans un arrêté du 6 janvier 1962, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicale non médecins.

⁶ L'arrêté du 6 janvier 1962, fixant la liste des actes médicaux.

social, le droit de la sécurité sociale, la question des responsabilités et des assurances ...

Comment un acte peut être légalement reconnu en tant qu'admis au remboursement

Cette reconnaissance nécessite quatre étapes :

- l'existence d'un « décret d'actes » pour un type de professionnel et qui stipule que l'acte en question est licite;
- la reconnaissance de cet acte par son inscription et sa hiérarchisation dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et pour la profession concernée ;
- après l'avis de la HAS⁷ et de l'UNOCAM⁸, l'inscription de cet acte dans la liste des actes remboursables par les régimes d'assurance maladie (liste appelée la NGAP⁹), décision prise par l'UNCAM¹⁰;
- la valeur de l'acte (le tarif) est alors définie par voie conventionnelle entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs signataires de la convention nationale¹¹; la lettre clé fixée dans la nomenclature correspondant ainsi à une valeur unitaire rapportée à la lettre clef fixée dans la nomenclature.

II. LES DIFFICULTÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ACTUEL ET LES POSSIBILITÉS D'ÉVOLUTION MÈNERAIENT VERS LA RÉVISION DU CADRE JURIDIQUE ACTUEL QUANT À LA DÉFINITION DES PROFESSIONS

Le rapport du groupe d'experts de la HAS qui constitue la base de notre article¹², envisage la possibilité d'une « évolution des métiers » uniquement sous condition de changement de forme et de fond du système de santé actuel. Nous citons ici leurs propositions.

1 - Vers les ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Ces évolutions ne peuvent se faire que dans le sens de « *reconnaissance de la délégation, du transfert de tâches ou la création de nouveaux métiers* ».

De tels changements impliqueraient les modifications des cadres juridiques et réglementaires dont l'organisation des professions de santé, de la formation initiale et de la formation professionnelle tout au long de la vie et des aspects financiers et économiques.

1.1 - L'organisation des professions de santé

En fonction du contexte de l'exercice professionnel d'une profession, il existeraient deux possibilités d'organisation : soit un modèle qui renvoie à l'organisation de l'intervention professionnelle en référence aux actes que les professionnels peuvent effectuer, soit un modèle qui définirait le champ d'intervention des professionnels essentiellement en référence à leurs missions.

Le rapport cité penche plutôt pour une solution de compromis mais qui est porteuse d'une vraie révolution du système de santé : *passer à un système mixte* dans lequel, à l'instar de l'autonomie des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme), les autres professions seraient définies en fonction de **types d'intervention ou de missions**, bornées par certains critères, tout en préservant les spécificités (le « *rôle propre* ») de chacune de ces professions. Ainsi, un professionnel de santé pourrait exercer une

⁷ Haute autorité de santé.

⁸ Union nationale des organismes d'assurance maladie.

⁹ Nomenclature des Actes Professionnels, publié par voie de l'arrêté ministériel. Elle décrit, selon la nature de l'acte et pour chacune des professions, une hiérarchie des actes et fixe des cotations à partir desquels les conventions nationales définissent une lettre clé tarifaire et un coefficient. A terme, la NGAP est remplacée par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

¹⁰ Union nationale des caisses d'assurance maladie.

¹¹ selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale

¹² Ibid 1.

activité diagnostique et de prescription autonome, le médecin n'intervenant « *quand seule la situation le nécessite* ». Selon toute logique de protection de l'usager, cela implique aussi une « *évolution des règles déontologiques pour l'ensemble des professions concernées* » et le « *renforcement du besoin d'une régulation professionnelle organisée* ».

1.2 - Ne pas confondre compétence et qualification

La notion de compétence émerge de façon explicite pour les professionnels de santé à partir de 1996 à l'initiative de la Communauté européenne.

Le groupe de travail mentionné propose de baser le système sur le terme et la définition de « **compétence** », terme qui semble être le plus consensuel aussi bien au sein des différentes disciplines ainsi que dans le droit communautaire, permettant de mieux structurer la réflexion autour des « métiers » professionnels. Par ailleurs, le terme s'incarne dans de nombreux rapports ministériels actuels: « *La notion de compétence est définie, de manière générale en première intention (...) comme "la mise en oeuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation"* (Medef 1998, LeBoterf 1996, Zarifian 2000) ». Tandis que le terme de « **qualification** », constituant la base du système actuel, renvoie à l'habilitation d'un professionnel à exercer un certain nombre d'actes du seul fait de possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent.

Ainsi, la notion de compétence « intègre deux dimensions, l'une liée aux organisations, l'autre liée à l'individu en tant que professionnel. Elle pose d'une part la question de la gestion et de la reconnaissance des savoirs requis par les situations de travail, et d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours ou des itinéraires individuels. » (Matillon Y., 2003).

Aussi bien le rapport de l'HAS que le rapport sous direction de Matillon Y. (2003) définissent la compétence de manière quasi identique, comme l'ensemble des "*caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide (...)*". Cette définition est reprise, en tout ou partie, dans les rapports publiés en France depuis 1998.

2 - Faire évoluer le système de formation

L'établissement des compétences, implique la construction d'un nouveau système de formation. Pour ce faire, différents rapports préconisent un travail préalable de définition des « champs prioritaires » et la construction des « **référentiels des métiers et des compétences** » qui seuls permettent la construction des « cahiers des charges des formations futures ».

En définitive, la formation des professionnels de santé comporterait trois niveaux de formation :

- 1er niveau : formation de base et de compétences communes
- 2ème niveau : niveau intermédiaire qui consiste en un approfondissement théorique et pratique des compétences dans un domaine particulier (par exemple, un professionnel intervenant autour la personne âgée et handicapée), à travers un DU¹³ ou la VAE¹⁴
- 3ème niveau : niveau master dont les compétences à acquérir constituent un « *nouveau métier* » (préalablement défini par un référentiel métier idoine), comportant une formation théorique et pratique couvrant à la fois des dimensions techniques, médicales et organisationnelles (« *pour une bonne compréhension de l'environnement institutionnel et des processus organisationnels* »). A ce niveau, il s'agit de confier aux professionnels des segments de prise en charge, comme par exemple l'évaluation clinique, le diagnostic de situation, la prescription (conseils, éducation, médicaments, examens...) ou des possibilités de prise de décision concernant l'orientation des patients ...

3 - Préférer les tâches aux actes

Sur le plan juridique, le terme de « **tâche** » signifie « *un travail à accomplir* », tandis que la « **compétence** » est « *l'ensemble des pouvoirs et devoirs attribués et imposés à un agent pour lui permettre de remplir sa fonction* » ou encore « *l'aptitude et la capacité à agir dans un certain domaine* » (G. NICOLAS in G. CORNU), donc « *transférable* ». D'où la notion du « transfert des tâches ».

¹³ Diplôme universitaire.

¹⁴ Validation des acquis par l'expérience.

La question des rapports entre les vocables de « tâches » et d' « actes », est particulièrement importante, dans la mesure où le droit actuel est notamment organisé autour des « décrets d'actes ». Dans ce contexte, le groupe de l'HAS¹⁵ a préféré le vocable de « tâche » à celui d' « acte » et ceci pour deux raisons : « d'une part, le vocable de tâches, partiellement téléologique, renvoyant au but à atteindre, a paru plus approprié à une réflexion prospective que celui d'acte, auquel est associé un sens plus technique, celui des « décrets d'actes » et d'autre part, « les réflexions du groupe le conduisent à proposer une redéfinition des professions d'auxiliaires médicaux fondées, notamment, sur leurs « missions », et non plus seulement sur les décrets d'actes. Or, le vocable de tâches est plus large que celui d'actes, et les nouvelles « missions » des professionnels pourraient être déclinées en tâches, mode d'action intermédiaire entre les missions et les actes. » Toutefois, cela n'implique pas la disparition de la référence aux « actes » professionnels pour ces mêmes auxiliaires médicaux.

En résumé, il y aurait d'une part les « actes » dérogatoires à l'exercice illégal de la médecine, tels qu'ils existent actuellement, puis toute une série de « tâches » ne nécessitant pas l'intervention médicale d'une manière obligatoire et n'entrant pas dans le cadre de l'exercice de la médecine strictement dit.

4 – Revoir les conditions économiques d'exercice

La ré-définition juridique des professions selon les missions et qui ainsi ne seraient plus reliées à l'acte médical proprement dit, et pour rendre le nouveau système plus attractif, le groupe¹⁶ propose de créer de nouveaux modes de rémunération des professionnels, aussi bien pour le secteur libéral que public, par des nouveaux financements qui seraient partiellement couverts par la caisse d'assurance maladie. Par exemple, à l'hôpital public, la modification des règles de rémunération (les grilles salariales) des professionnels paramédicaux, impliquerait aussi la modification des statuts des « nouveaux métiers ». Parmi eux, par exemple, les activités liées à la « coordination ».

Le changement devrait être aussi opéré au niveau du droit de la sécurité sociale, dans le cadre de nouvelles définition et de la revalorisation des actes.

En ce qui concerne tous ces sujets, le rapport¹⁷ est intéressant aussi du fait de l'interrogation publique (« Appel à témoignages » lancé par l'HAS) des demandes des professionnels, préalable audit rapport. Il relève ainsi des demandes d'une évolution de la réglementation, d'une extension du périmètre des actes/missions autorisés, de la possibilité de développer les formations initiales et continues, d'une meilleure reconnaissance des compétences professionnelles, d'une plus grande collaboration entre les acteurs du parcours de soin du patient, et d'une évolution de la cotation des actes.

III – LA PLACE DU PSYCHOLOGUE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ACTUEL ET DANS CELUI A VENIR

*« Hardi de pensée mais timide dans l'action »
(Alfred de Vigny)*

La démographie des psychologues français

D'après les dernières données ¹⁸, il y a actuellement environ **44.660 psychologues praticiens** dont **31.160 dans le secteur sanitaire et social**, représentant 70% de psychologues (**19.290 hors champ hospitalier** dont 14.621 salariés, environ 10.000 dans les institutions spécialisées, 4.500 dans le secteur de la petite enfance et 4.669 libéraux (10% de psychologues), **11.870 dans le champ hospitalier** dont 8.919 dans les hôpitaux publics (avec 7.394 ETP¹⁹; une moyenne de 0,8 ETP/psychologue) dont 4.597,59 ETP en psychiatrie, 4.065,69 ETP en psychiatrie sectorisée²⁰, 2.234,32 EpP en psychiatrie générale,

¹⁵ Ibid 1.

¹⁶ Ibid 1.

¹⁷ Ibid 1.

¹⁸ Au 01/01/07. Chiffres partiellement fournis par la DHOS, Ministère de la santé.

¹⁹ ETP = équivalent temps-plein.

²⁰ De 1996 à 2006 (10 ans), il y a eu une augmentation de 45% de titulaires et de 85% de contractuels.

1.831,37 ETP en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 531,9 ETP en psychiatrie non sectorisée, 2.796,41 ETP en MCO, 2.951 dans les hôpitaux privés (avec 1.765,93 ETP; une moyenne de 0,6 ETP/psychologue); **13.500** psychologues interviennent dans **d'autres secteurs**²¹ (30% de psychologues) dont 5 300 en entreprise (12% de psychologues), 3 600 psychologues scolaires (8% de psychologues) et 4.600 conseillers d'orientation-psychologues (10% de psychologues) et **1200 psychologues chercheurs**²² dont environ 1.000 enseignants chercheurs en psychologie dans les universités et 200 chercheurs en psychologie, titulaires du doctorat en psychologie, dans les organismes publics de recherche (CNRS, INSERM).

Il n'est pas négligeable que 70% de psychologues interviennent dans le secteur sanitaire et social.

1 – Le cadre juridique actuel: une organisation de la profession selon la « qualification » et indirectement reliée au CSP

Le titre unique et la « qualification » ou le développement des spécialisations et la « compétence »

En ce qui concerne la profession du psychologue, la seule protection existante est celle de la protection de l'usage professionnel du titre, sur la seule base d'une délivrance de diplôme. Il s'agit donc d'une autorisation d'exercice symbolique délivrée par la seule université. Le délit d'usurpation du titre est « punie des peines ... prévu par l'article 433-17 du code pénal » qui précise: « L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

Toutefois, l'exercice de la discipline n'est ni protégé par une régulation de type ordinal (ou autre), ni par un délit d'usurpation des « fonctions », prévu pour d'autres professions et dont l'art. 433-12 du Code Pénal précise: « Est puni de 3 ans d'emprisonnement et d'environ 46.000 € d'amende le fait, par toute personne agissant sans titre, de s'immiscer dans l'exercice d'une fonction publique en accomplissant l'un des actes réservés au titulaire de cette fonction » et l'art. 433-13 du Code Pénal : « Est puni d'un an d'emprisonnement et 15.000 € d'amende le fait par toute personne d'exercer une activité dans des conditions de nature à créer dans l'esprit du public une confusion avec l'exercice d'une fonction publique ou d'une activité réservée aux officiers publics ou ministériels; d'user de documents ou d'écrits présentant, avec des actes judiciaires ou extra-judiciaires ou avec des documents administratifs, une ressemblance de nature à provoquer une méprise dans l'esprit du public. »²³

La seule protection de l'exercice de psychologue existante et qui le relie de manière insidieuse au système de santé, est l'inscription obligatoire sur la liste départementale ADELI auprès de l'autorité administrative et qui relève *in fine* du Ministère de la santé.

Nous voyons ainsi que la protection de l'exercice, comme pour d'autres professions, notamment les professions de santé, est basée sur la seule délivrance des diplômes, donc sur la « qualification » et non la « compétence ».

Après vingt-quatre ans ce système mériterait d'être revu, notamment suivant deux arguments essentiels.

Certes, le fait d'avoir créé un titre *unique*, l'identité professionnelle avait pu mieux se forger et constituait pour les psychologues un sentiment de protection. Il n'a pourtant pas suffi pour créer une unité organisationnelle. Aujourd'hui encore existe une confusion entre le leurre d'une unité d'exercice (le titre unique permettrait à tout psychologue, quel que soit le courant théorique qui le soutient, à travailler dans n'importe quel secteur) et une unité organisationnelle. Pourtant, il n'existe pas de parallèle entre les deux unités.

²¹ Données 2006

²² Données 2005

²³ Tandis que l'article L. 4323-4 du code de la santé publique prévoit que « L'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. L'exercice illégal de la profession de pédicure-podologue est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (...) », et l'article L. 4323-5 du même code dispose que : « L'usage sans droit de la qualité de masseur-kinésithérapeute, de gymnaste médical, de masseur, de pédicurepodologue, de pédicure, de podologue ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de ces professions est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal (...) ».

D'une part, l'unité « clinique » du titre est impossible et encore plus aujourd'hui où la discipline qu'est la psychologie a non seulement développé des interventions dans différents secteurs (psychologue de la FPH, psychologue clinicien, psychologue du travail ...), mais surtout dans différents cadres théoriques et notamment la neuropsychologie. Il est effectivement impensable, par exemple, qu'un psychologue clinicien d'orientation psychodynamique puisse poser un diagnostic de dégénérescence cérébrale. Pourtant, les deux ont leur place dans le système de santé.

Le titre unique, s'il reste tel quel, n'offrirait alors une seule possibilité: la division complète du système organisationnel entre les défenseurs du seul titre unique et l'exclusion des psychologues « spécialisés », sans tenir compte des évolutions de la société, mais aussi des évolutions que les psychologues praticiens ont élaboré depuis ce quart de siècle.

Développement de nouvelles méthodes, pratiques et champs d'interventions en psychologie

L'explosion de préoccupations de la société autour de ce qui est aujourd'hui considéré le « mieux-être », voir le « bien-être », l'évolution des connaissances médicales et des technologies s'y référant, mais aussi une prise en compte grandissante du facteur affectif, voir psychique dans le cadre aussi bien des pathologies que de la vie quotidienne, ont largement contribué aux changements et à la diversification des missions du système de santé et notamment de celles de la « santé mentale ». Les conséquences sont aujourd'hui claires :

- une progression continue de la file active et la complexification des trajectoires des patients, avec un fort accent de l'ambulatoire
- une diversification de types de population et de leurs demandes
- une diversification des missions
- le développement de nouveaux types de demandes
- un glissement de missions, de tâches, de compétences d'un corps professionnel à un autre

Pour ce qui est du psychologue intervenant dans le champ de la santé et plus particulièrement dans le champ de la santé mentale, il faut bien admettre qu'il avait bien saisi cette opportunité de diversification et il s'était rapidement adapté à ces places restées vides – ce qui, à ce moment-là, n'a pas encore été le cas de certains autres professionnels.

Comment a-t-il pu s'accommoder aussi rapidement et de manière aussi « adaptée » à la demande ? Il en a été certainement ainsi puisque ces nouvelles demandes et pratiques cliniques, adressées à la médecine voire à la psychiatrie, se situaient et se situent **d'emblée dans ses cordes** – au cours de ces deux dernières décennies, la demande massive n'était plus centrée autour des pathologies mentales proprement dites, mais autour de ce qui se paradigmatise sous termes de « souffrance psychique », expression même de la subjectivité, propre à tout humain, malade ou pas. Sans que le psychologue en soit le détenteur exclusif, ce champ est le champ même du psychologue. La demande elle-même a glissé du « soin » à la « gestion » du « mal-être », donc qui tend vers le « bien-être ». Nous voyons bien que ces préoccupations constituent actuellement un des lieux mêmes des enjeux de la santé publique.

Cette tendance vers le « bien-être » s'est rapidement développée dans la société en une nouvelle exigence normative d'accomplissement de l'individu par le biais d'une « re-mise en forme » globale, physique et psychique. Le « à chacun son psy » avait eu pour conséquence une vraie explosion des demandes de consultation auprès d'un psychologue et surtout, en accès direct. Le psychologue est devenu alors le détenteur de la « pathologie de la vie quotidienne », identifié en tant que tel, en dehors de la « pathologie de la vie mentale ». Parallèlement, la psychiatrie est devenue identifiée en tant que médecine du mental et la « santé mentale » est devenu synonyme du « psychisme ». Avec une petite dose d'exagération, nous pourrions même avancer l'hypothèse d'après laquelle c'est justement cette augmentation de la demande de consultations auprès d'un psychologue dans le cadre hospitalier, qui a provoqué la préoccupation des pouvoirs publics à se pencher plus sur une question de « santé mentale ».

De l'autre côté, en ce qui concerne les psychologues, suivant les statistiques de la FPH, il y aurait, parallèlement à la baisse de la démographie des médecins et des infirmiers, une augmentation de celle des psychologues : en 10 ans (1989-1999), l'effectif des psychologues par secteur est passé de 3% à 4% de l'effectif infirmier et l'ETP de psychologue augmenté de 31,6%.²⁴

Ainsi, les pratiques du psychologue ont su s'adapter naturellement à ces changements. Le nombre de psychologues a doublé ... Et pourtant, le psychologue reste en marge du monde professionnel et absent de toutes les données. Par exemple, au niveau régional et national, il n'existe même pas de données quant aux

²⁴ Ibid 1.

diagnostics posés par le psychologue, ni les actes accomplis dans le cadre des consultations ambulatoire puisque toutes les données, une fois sorties d'un centre hospitaliers, se transforment en actes médicaux. Nombreux dans un établissement, les psychologues participent peu ou prou aux orientations politiques institutionnelles, n'en parlons même pas au niveau national ... Puis, eux non plus, n'ont pas encore développé cet esprit de collaboration qui va au-delà de leur seule profession. Le risque est immense puisque l'abonné absent travaillant dans l'ombre risque de ne pas bénéficier de reconnaissance et de financements futurs, avec risque de désinstitutionalisation.

Et tout ceci au sein d'une période de « glissements » sémantiques qui deviennent conceptuels : le terme de « santé » commence de plus en plus recouvrir tous le champs de ce qu'on appelait autrefois la « société » et, comme nous venons de le voir, le terme de « santé mentale » celui du « psychisme ».

Les enjeux pour le psychologue et pour sa reconnaissance dans la société: le clivage qui lie

Nous voyons bien que pour le psychologue, les enjeux actuels touchent aussi bien le champ clinique que le champ organisationnel et il est impossible de séparer les deux.

La longue marche autour de la psychothérapie nous a appris que malgré la reconnaissance clinique de laquelle jouit le psychologue, reconnaissance aussi bien de la part du public (augmentation importante des consultations chez le psychologue) ... que de la part des institutions (augmentation expansive des ETP du psychologue dans les centres hospitaliers, notamment dans le cadre de l'activité ambulatoire où la majeure partie des consultations et pratiquement toutes les psychothérapies sont assurés par le psychologue), les pouvoirs publics ont encore du mal à identifier son rôle et vont jusqu'au déni même de ce professionnel, pourtant voisinant les 50.000.

Nous pensons que cette « maladresse » ne découle pas d'une non-reconnaissance de la clinique du psychologue, mais de l'impossibilité de vision claire sur l'aspect d'une part organisationnel de cette profession et d'autre part sur la rareté de la participation du psychologue à la vie institutionnelle voire sociétale du côté de ses capacités de conceptualisation. D'autant plus que la recherche y est encore très pauvre, ne parlons même pas de la direction des recherches.

De l'autre côté, le malaise qui traverse la profession vient-il de la discordance actuelle entre les théories devenues rétrogrades dans le sens de l'ancienneté et pratiques innovantes, et, comme le dit Schopp G. déjà en 1983, « *entre réflexions approfondies et système de soins archaïques* » ?

2 – Les contraintes du système actuel et les possibilités d'évolution

« Ce qui vient au monde pour ne rien troubler ne mérite ni égards, ni patience »

René Char

Il est évident que la période est propice aux changements et le psychologue aurait tort à ne pas saisir cette opportunité d'alternatives. Puisque la définition de l' »alternative « est, « à partir d'une situation réelle, envisager une solution qui la dépasse » et ne pas s'enfermer dans nos répétitions morbides (Freud S.) qui sont des effets de la pulsion de mort dans l'économie libidinale de l'institution, d'un corps professionnel ...

Il ne s'agit que d'une situation humaine où nous devons décider soit de résister au changement avec les risques évoqués ci-dessus, soit d'asseoir mieux les besoins et les évolutions apportées par les praticiens.

Les opportunités à rejeter ou saisir sont les suivantes :

Considérer tout d'abord que la profession de psychologue se réfère avant tout à la place que la psychologie, en tant que discipline (et non pas l'apprentissage ou « métier »), est amenée à occuper dans l'évolution de la société.

Considérer la psychologie comme une partie du « mieux-être » de tout citoyen et comme une priorité de la santé publique, le paradigme qui glisse dans le système de santé

Cela supposerait une inscription dans le CSP, dans une partie de « Services », et nullement dans le livre 4 qui est celui des professions médicales et celles qui en possèdent la dérogation.

Considérer d'une part que le titre unique soit la base minimum pour effectuer des formations complémentaires, dans le cadre d'un doctorat

Cela supposerait l'allongement nécessaire, comme il existe dans la majeure partie des pays européens, de la durée des études vers un bac+8 et nous pensons que celui-ci devrait être aussi bien une spécialisation du type psychologie clinique, neuropsychologie, psychologie du travail ..., mais surtout dans un cadre de doctorat de recherche (et non seulement professionnalisant) combiné avec un stage et des séminaires sur la déontologie, conditions même du droit de l'exercice. Cela offre aussi bien une adaptation au cadre européen

qu'à la pratique (tout psychologue semble effectuer des formations complémentaires, à ses frais), mais aussi à la recherche qui pêche dans la profession, développer un esprit plus scientifique.

Considérer qu'un psychologue a des bases solides pour effectuer des formations complémentaires en terme de management, de coordination ou de direction des équipes, des unités ... développer des Collèges de psychologie dans les établissements participant de manière effective à la vie des établissements ...

Ce qui précède supposerait alors tout d'abord de définir l'exercice du psychologue, c'est-à-dire définir le champ des compétences spécifiques et partagées (les règles déontologiques en faisant partie), donc faire évoluer le cadre juridique de la profession, protégeant aussi bien l' »exercice « que les « fonctions ».

C'est les seules conditions qui offrent la possibilité de faire évoluer les **conditions économiques de l'exercice sous forme de « missions » aussi bien dans les institutions publiques et privées que dans l'exercice libéral.**

Et pour conclure, le tout nécessiterait une structure de **régulation** non seulement de la déontologie, mais **de tout l'exercice**. Car quelle que soit la structure mise en place, La régulation peut prendre des formes variées, comme elle existent déjà dans un certain nombre de pays européens et nord-américains, selon le degré d'implication de l'Etat dans cette structure, de plus impliqué au moins impliqué où la question centrale est celle de la responsabilisation : plus la responsabilisation des professionnels par les pairs est importante, moins importante est l'implication de l'Etat. Ainsi, nous pouvons déterminer le choix de la structure, de l'implication de l'Etat la plus importante jusqu'à l'implication de professionnels eux-même selon hiérarchisation suivante :

- le cas actuel où c'est l'Etat qui est le garant de la responsabilisation des professionnels: l'une inscription obligatoire à une liste, gérée in fine par le Ministère de la santé, comme cela est déjà le cas avec l'ADELI, mais avec des règles d'exercice plus précises, pouvant être définies dans le cadre réglementaire, vraisemblablement dans le CSP

- soit la création d'un ordre des psychologues où l'adhésion (moyennant la cotisation) de tout psychologue est obligatoire – inutile de dire que la fonction d'un ordre quel qu'il soit est la régulation de l'exercice, c'est-à-dire l'application du code de déontologie, mais aussi des diverses règles de l'exercice; la disposition peut passer soit par la seule voie réglementaire, soit par la voie législative, certes, mais dans les deux cas, l'ordre doit bel et bien être inscrit dans un code public, vraisemblablement le CSP

- soit la création de la seule protection de l'exercice et la désignation d'une organisation en tant que régulateur de cet exercice

- cette dernière constellation peut prendre deux formes « associatives » et dont l'adhésion n'est pas obligatoire pour tout psychologue, suivant le type de fonctionnement choisi: soit un fonctionnement centralisé, composé d'une sorte d' »élite « qui pense pour la profession et qui se pense en tant que représentative de toute la profession quel que soit le nombre d'adhérents, comme cela est le cas de la FFPP²⁵, soit un fonctionnement collectif, décentralisé et qui se porte garant pour les seuls membres adhérents, mais aussi bien au niveau national (quant aux règles de l'exercice) que local.

Mais, « *cet âne (de Buridan) se serait, dit-on, laissé mourir de faim et soif entre un boisseau d'avoine et un sceau d'eau, faute de pouvoir choisir entre les deux* » (Pagano F. & Raymond S., 1984).

Les pouvoirs publics ne semblent pas être particulièrement intéressés par la création d'un ordre professionnel et les psychologues ne semblent pas être en mesure de le mettre en place de manière démocratique, ni ne veulent admettre une organisation, représentant unique de la profession sans qu'elle n'ait une adhésion obligatoire de tous, avec tout le système électoral qui garantirait cette même représentativité. Une solution adaptée aussi bien aux contraintes des changements actuels comme au fonctionnement propre aux psychologues semblent donc aller de soi.

Pour conclure

« Nous ne savons renoncer à rien. Nous ne savons qu'échanger une chose contre une autre »

S. Freud

Comment est-on arrivé du diagnostic médical à la structuration de la profession du psychologue et de la discipline ?

Le diagnostic médical est au centre du système de santé en tant que protection du droit inaliénable du citoyen. Dès que l'OMS avait placé le « bien-être » psychique dans le contexte de la globalité de l'individu en tant que droit à ..., il était évident que tous les axes du système de santé se déplaceraient. Il s'agit bel et

²⁵ Fédération française de psychologues et psychologie

bien aujourd'hui de la « démedicalisation » de la santé qui est devenue l'affaire de champs très divers. Les médecins se voient dépouillés de la place centrale dans le dispositif des soins, mais aussi dans son aspect décisionnel, fût-il de l'ordre de l'individu/patient ou, avec la montée du pouvoir des directeurs, de l'ordre de l'institution. Il est compréhensible alors qu'on assiste à un retour en force de la clinique médicale dans ce qu'elle a de plus rétrograde. La perte de ce pouvoir, sans offrir une place nouvelle aux médecins, provoque, tout naturellement, une résistance au changement. Symboliquement, c'est le diagnostic médical qui est le porteur le plus puissant de ce pouvoir. Le psychologue dont une des fonctions principales, tout au moins dans la santé, est la pose du diagnostic, fût-il le diagnostic du psychologue, se trouve alors dans une position très « gênante » - son rôle a passé d'un simple « avis » au « diagnostic » - usurpant symboliquement le pouvoir médical. Mais, comme dans les pièces shakespeariennes, les deux protagonistes oublient que, pendant ce temps-là, c'est le troisième acteur qui ramassera la mise. Puisque ce n'est que ceux qui étaient en « dérogation » qui réclament la « légitimité ». Les dés sont jetés, que le jeu commence. Comme le dit Schopp G. (1983): « *Ne payons pas le prix du renoncement de ce qui nous fonde pour cette reconnaissance* ».

Bibliographie

(1) *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé: les aspects juridiques*. (2007). Rapport HAS, 112 p..

Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. (2003). Rapport au Ministre de l'éducation et au Ministre de la santé, sous la direction de Matillon Y.

Pagano F., Raymond S. (1984). L'âne de Buridan, ambassadeur de la réalité. In *Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnelle*. Cahiers de l'ANREP, 1-2.

Schopp G. (1984). Psychologie et alternative. In *Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnelle*. Cahiers de l'ANREP, 1-2.