**Psychologues, acteurs de santé publique ?**

Connaissant mon goût pour commenter et mettre en perspective ce qui arrive à la profession de psychologue et mon intérêt pour la notion de santé publique, les organisateurs de ces journées m’ont laissé carte blanche à condition d’ouvrir à des possibles. C’est donc ce à quoi je vais m’essayer aujourd’hui.

Cette carte blanche m’a donné l’occasion de réaliser que l’idée que je me faisais de la santé publique avait pris la place d’un horizon, d’une perspective. Comme une issue aux paradoxes auxquels les professionnels de la psychologie se trouvent confrontés.

Premier paradoxe, celui du recours aux psychologues formulé par les pouvoirs publics, y compris au plus haut niveau de l’Etat. Appel vertueux, mais aussitôt assorti de mesures jugées à la fois inadéquates et inacceptables par une grande majorité de professionnels, ainsi qu‘en témoigne le mouvement d’opposition suscité par « mon psy ». A ma connaissance c’est la première fois que dans des manifestations de psychologues a été scandé le « refus de la prescription médicale » pour accéder aux psychologues.

Second paradoxe, celui d’une considérable rénovation du système de santé, mais qui, en fait de renouveau, aboutit en ce qui concerne les psychologues à une profonde régression qui fait que 35 ans après la loi sur le Titre professionnel, les psychologues se trouvent épinglés comme des techniciens supérieurs pour le dépistage des troubles du neuro-développement, ou comme des supplétifs médicaux par « mon psy » et qu’est profilée une sixième année optionnelle, labellisée, sans correspondance aux grades universitaires LMD,… pour leur permettre de rejoindre les professionnels de santé.

A ces deux paradoxes il faudrait ajouter en corrélat la question de savoir quel sens donner à cette salve de mesures venant après un aussi long temps d’apparent désintérêt des pouvoirs publics à l’endroit des psychologues. Interrogation pas si anodine car elle pourrait bien nous éclairer sur la conjoncture que nous déplorons et à laquelle les psychologues sont confrontés depuis quelques temps.

*Une rénovation du système de santé sans les psychologues*

En fait un certain nombre d’indices signalent que le cycle de réformes successives, liées au domaine de la santé et commencées dans les années 1970, soit en passe de se clore. Et comme chacun ici le sait, les psychologues, hormis quelques tentatives inabouties, en ont été tenus à l’écart. Pas assez métabolisables… Par contre cette fin de cycle a coïncidé avec la crise du covid qui a souligné le rôle qu’ils pouvaient jouer. Il fallait donc se résoudre à les intégrer. Ce qui fut fait, mais avec les schémas et les recettes d’antan, d’avant le titre de psychologue, d’un temps où l’on pouvait les identifier à des supplétifs médicaux.

Mais alors en quoi a consisté cette rénovation du système de santé qui aboutit à ne pas mieux associer les sciences humaines à un champ au sein duquel elles ont fait la preuve de leur pertinence à intervenir ? Et ce, alors même que ces réformes, cette rénovation affichée, ont eu pour logique profonde de passer d’un système conçu et organisé autour des médecins, centré sur les soins, sur l’individu, à un système désormais piloté par l’administration et orienté par des choix politiques. Avec comme projet d’assigner les psychologues à la sphère et aux logiques médicales ?

Un petit détour par l’histoire, en croisant la question de la santé publique, permettra de mieux comprendre le sens des turbulences qui affectent le monde de la santé.

Au 18ème siècle, la « médecine sociale » instaure des mesures et des dispositifs sanitaires à l’initiative des collectivités ou des puissances publiques, dans une visée de progrès de la société. Puis c’est le triomphe de l’hygiénisme du 19ème siècle qui s’illustre notamment dans la lutte contre les grands fléaux comme le choléra, la tuberculose… La puissance publique, les mutuelles, les caisses d’assurances maladie, organisent et financent des politiques d’assistance médicale.

*Du modèle « santé publique » au modèle  « médecine libérale »*

En France cette conception de la santé publique va être supplantée par l’essor de la médecine libérale, qui dans un premier temps s’assure du monopole des soins de santé, et qui par la suite s’oppose à tout pouvoir extérieur, en particulier des sources de financement. En 1927 le syndicalisme médical se dote d’une charte qui va faire de la médecine une profession que l’on exerce en toute liberté, liberté d’exercice, liberté de prescription, liberté d’installation… Du fait que l’administration de la santé soit alors sous dotée, elle va se reposer sur le dynamisme de cette profession qui développe dans la société sa conception de la santé des individus. De cette époque date l’équation santé = médecine. Ou plus exactement, médecine = soins = santé.

Selon Bruno Pallier (1), cette charte libérale sert de référence encore aujourd’hui. Et c’est pour s’en émanciper, pour contrer l’opposition des organisations de médecins à un système de santé socialisé, qu’ont été progressivement instaurées diverses politiques de régulation du système de santé, idéologiquement animées de la conviction que les soins médicaux individualisés sont bien trop éloignés des enjeux de santé publique identifiés par la puissance publique, voir par les instances internationales.

Au terme de ce vaste mouvement, ce qui a bougé c’est la montée en puissance de l’interventionnisme administratif et gestionnaire ainsi que du discours sur la santé publique. Et nous verrons en quoi cela peut concerner les psychologues. Et ce qui n’a pas bougé c’est la logique d’associer santé à soin, et soins à une nomenclature d’actes médicaux. Avec le principe que les actes de la nomenclature, pris en charge par la collectivité, relèvent soit d’une compétence médicale soit d’une prescription médicale.

Ce qui a pour effet qu’une même prestation psychologique sera ou non remboursée par la collectivité selon qu’elle a fait ou non l’objet d’une prescription. Dans le premier cas c’est un soin, dans l’autre c’est un traitement de confort vous expliquent les caisses d’assurance maladie. Mon Psy vient rappeler le rôle central de l’Assurance Maladie. En finançant les soins l’Assurance Maladie finance la santé. Et pour être pris en charge les soins doivent rentrer dans le périmètre de la nomenclature. Sur ce point il faut relever que l’article de loi instaurant le dispositif Mon Psy est une disposition du Code de la Sécurité Sociale et non du Code de la Santé Publique. Un tel système n’est pas à même de pouvoir répartir les moyens en fonction de l’évolution des besoins en santé.

La santé publique, avec sa logique de prévention, avec son ouverture à de multiples disciplines, avec des approches différenciées selon les population concernées… sort du système d’actes qui, lui, enferme sur les soins médicaux et génère plus de concurrence que de coopération. Concurrence entre pôles d’activité, entre établissements, entre hôpitaux et soins de ville, entre public et privé… Le challenge consistant à produire plus d’actes et non d’améliorer la santé des contemporains.

*Une conception rénovée de la santé*

Pour donner une idée de ce que peut bien être la santé publique, mentionnons trois moments significatifs. Le premier quand la fin du 19em siècle et le début du 20em, voient se développer l’ouverture, par des fondations, des collectivités locales, des organismes sociaux…, des dispensaires dédiés à de grandes causes collectives. Les dispensaires de lutte contre la tuberculose, ceux de la « Goutte de lait » ancêtres de la PMI, pour combattre les causes de mortalité infantile dans les milieux défavorisées… sont autant de manifestations de la foi de l’époque pour les vertus de la prophylaxie.

Sur un sujet plus familier aux psychologues, c’est en 1937 dans le droit fil de l’esprit du Front Populaire, et dans un domaine peu investi par la médecine libérale, qu’un texte ministériel invite les départements à ouvrir des dispensaires « d’hygiène mentale », ancêtres des actuels CMP, pour l’intention de pallier autant que faire se peut au recours à l’asile psychiatrique. Prémisse du secteur et de politiques de dé-stigmatisation qui prendront leur essor après la guerre et dans lesquels se retrouvent les ingrédients des options de santé publique : prise en charge de la population d’un territoire, centrage sur la réduction des troubles et de leurs conséquences (prévention secondaire et prévention tertiaire), alliance de compétences de divers domaines du savoir, réseau de partenaires extérieurs au champ sanitaire…

Aujourd’hui, sans doute est-ce la logique de la Charte d’Ottawa qui oriente les options de santé publique. Il faut dire que dès 1986, cette charte établissait que l’état de santé répondait à un certain nombre de déterminants, génétiques, biologiques, environnement physique, environnement social et économique… parmi lesquels le système de santé et de protection sociale ne compterait que pour environ 20%. Chiffre saisissant. Autre surprise de taille, la notion de déterminants psychologiques n’apparaît pas, du moins pas de façon explicite.

Pour conclure sur ce point, je ne résiste pas à citer les récents propos de la directrice de l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (2), l’ENA de la FPH, qui dans une tribune publié par Le Monde affirmait que « les médecins ont des connaissances indigentes quant au fonctionnement du système de santé » et que « les directeurs d’hôpital reçoivent un mince vernis de présentation des activités soignantes, et n’ont ni une culture scientifique solide ni une formation à ou par la recherche ». Le tout pour conclure que « aucun des deux groupes n’a de réelle formation en santé publique lui permettant de comprendre l’ensemble des déterminants de santé ».

Ces différentes considérations donnent à penser que l’avenir de la santé est du côté de la santé publique. C’est ce que devraient dire les rapports de l’IGAS traitant de la profession de psychologue s’ils n’étaient pas animés de l’intention préconçue tant de former les psychologues que d’organiser leurs interventions comme supplétifs de l’art médical. De même c’est l’intégration de cette ligne émergente qui devrait orienter les psychologues.

*Projets d’en haut, projets d’en bas*

En fait l’ouverture des psychologues aux multiples dimensions des sciences humaines, leur tropisme pour les modalités de fonctionnement collectif, leur expérience des pratiques de travail pluridisciplinaires, les destinent à se reconnaître comme pleinement praticiens de cette approche de la santé. D’autant que le contexte, à condition de changer notre habituel angle de vue, pourrait se révéler plus favorable qu’on ne l’imagine généralement. D’ailleurs de très remarquables prises d’initiatives lors de la crise de la covid plaident en ce sens.

Pour réfléchir sur ce point il faut croiser deux sortes de considérations. Les premières concernent l’effort de modernisation du fonctionnement de l’Etat, mis en œuvre par la LOLF, Loi Organique relative aux Lois de Finances, et la RGPP, Révision Générale des Politiques Publiques. Destinées touts les deux à améliorer l’efficacité des dépenses et l’efficacité du fonctionnement de l’action de l’Etat, elles sont devenues des références obligées pour toutes les administrations. Un objectif de politique publique doit se décliner en programmes, qui eux-mêmes se subdivisent en actions. Ce qui explique que dans les administrations il ne soit plus question que de projets. C’est là que se trouvent les marges de manœuvre.

Mais par ailleurs il est patent que pour administrer, pour gérer, l’Etat moderne opère par homogénéisation, unification et simplification, voir involontaire destruction. Ce qui a pour conséquence selon James C Scott (3) que « la viabilité des projets conceptuels d’ordre social, dépend du maintien de certains sédiments de savoir pratique, généralement à répudier ». Appliqué aux psychologues cela pourrait donner, « la viabilité d’un projet » style ARS par exemple, dépend « de l’expérience acquise et forgée sur le terrain et à partir du terrain » par des psychologues, mais que celle-ci est « généralement répudiée », comme chacun ici le sait trop bien.

 En d’autres termes, pour avoir quelques chances de réussite, les « projets » d’en haut doivent obligatoirement rencontrer les savoirs d’en bas. A charge pour les savoirs d’en bas, pour rencontrer et orienter les projets d’en haut, de prendre leur forme et de se conceptualiser à partir des réalités de terrain. C’est ce qui a pu être constaté ici et là lors de la crise covid, et c’est également ce qu’il m’a été donné d’observer à Rouffach avec la conception et la mise en place de la consultation dédiée à la mémoire, ou avec la mise en route et le fonctionnement de l’équipe mobile interne du Centre Hospitalier.

Emmanuel Garcin

6 juin 2023

1- Bruno Pallier, La réforme des systèmes de santé, Paris, Que sais-je ?, PUF 2004

2- Isabelle Richard, Hôpital : faute de partager une langue commune, personnels médicaux et administratifs ne se comprennent pas souvent, Tribune, Le Monde du 7 avril 2023

3- James C. Scott, L’œil de l’Etat, moderniser, uniformiser, détruire. Paris, édition La Découverte, 2021, p 23