

MÉMOIRE EN RÉPLIQUE

Requête n° 453328

- Pour** : - **Collège des psychologues de l'Arise**, représentée par Mme Evi STIVAKTAKI, sa présidente ;
- **Collège des psychologues de l'A.P.S.I.**, représenté par M. Eric RONSMANS, son président ;
 - **Syndicat national des psychologues**, syndicat professionnel, représenté par M. Patrick Ange RAOULT, son secrétaire général ;
 - **Séminaire Inter-Universitaire Européen de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse (SIUERPP)**, représenté par M. Albert CICCONE ;
 - **Association "Quelle hospitalité pour la folie"**, représentée par Mme Cécile BOURDAIS, sa présidente;
 - **Association des psychologues de la Fondation Vallée**, représentée par Mme Nathalie BARABÉ, secrétaire membre du bureau ;
 - **Figures Psychodramatiques**, représentée par Mme Françoise FRADIN, sa présidente;
 - **Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées**, représentée par le Dr Jean CHAMBRY, son président;
 - **Espace Résilience**, association loi 1901, représentée par Mme Christelle FAUCHÉ, sa présidente.

Contre : **Arrêté du 10 mars 2021** relatif à la définition de l'expertise spécifique des psychologues mentionnée à l'article R. 2135-2 du code de la santé publique, du ministre de la solidarité et de la santé et du ministre de l'économie et des finances, publié au JORF le 4 avril 2021.

Le mémoire en défense produit par le ministre des solidarités et de la santé (le ministre) appelle de la part des requérants les observations suivantes, qui s'attacheront à répondre aux arguments du ministre, sans reprendre l'exposé des moyens figurant dans leur requête, qu'ils maintiennent intégralement.

Rappelons à titre liminaire que les associations requérantes ne contestent évidemment pas l'objectif de traiter les troubles dont peuvent souffrir les enfants le plus tôt possible. En revanche, ce qu'elles contestent fermement, c'est le présupposé sur lequel repose l'arrêté et l'argumentation du

ministre pour le défendre, selon lequel cet objectif ne pourrait être atteint que par la mise en oeuvre de thérapies "cognitivo-comportementales, de la remédiation neuropsychologique et cognitive et de la psychoéducation" pour le traitement des troubles du neuro-développement (TND).

La qualification de troubles du "neuro-développement" - qualification qui ne fait pas plus consensus que la manière de les traiter¹ - utilisée par l'arrêté recouvre un grand nombre de troubles, ainsi que cela ressort non seulement de la liste figurant en annexe de l'arrêté sous la rubrique "Champ principal d'expertise du psychologue" que de la note 1 du mémoire en défense, qui indique que "les TND sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. (...) Selon le DSM-5, les TND regroupent : les handicaps intellectuels (trouble du développement intellectuel); les troubles de la communication (déficits du langage, de la parole et de la communication) ... ; le trouble du spectre de l'autisme; le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul) ; les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics) ; le déficit de l'attention/hyperactivité ; les autres troubles neuro-développementaux, spécifiés (par exemple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool), non spécifiés ou secondaires". Comme le précise à juste titre la même note, "l'étiologie présumée pour les troubles neuro-développementaux est complexe et pour beaucoup d'individus, elle est inconnue".

Ce sont ainsi tous ces troubles aux causes multiples et combinées (dysharmonies développementales, causalités psychodynamiques, psycho-affectives, environnementales, etc.) qui sont susceptibles de bénéficier du dispositif de prise en charge publique mis en place par la loi du 22 décembre 2018 (art L. 2135-1 du code de la santé publique) et que, malgré la grande hétérogénéité et complexité, le ministre entend traiter par des "thérapies cognitivo-comportementales, de la remédiation neuropsychologique et cognitive et de la psychoéducation", qui relèvent d'une seule approche cognitive-comportementale.

¹ De nombreux psychologues et pédopsychiatres ont souligné les risques d'orientations thérapeutiques exclusives sur le classement sous la même catégorie de nombre de troubles très hétérogènes ainsi que sur la qualification "troubles du neuro-développement"(A. Delègue, Présupposés étiologiques et étiquetages diagnostiques : de la prudence nécessaire en pédopsychiatrie, L'information psychiatrique 2013/7, vol. 89). Dans une récente publication, le Conseil de santé belge (l'homologue de la HAS) va dans le même sens: "D'un point de vue épistémologique, les classifications partent en effet du postulat que les troubles mentaux sont des espèces naturelles, et que leurs désignations sont les reflet de distinctions objectives entre différents problèmes, ce qui n'est pas le cas. Les limites entre personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes sont plutôt d'ordre dimensionnel que catégoriel"(Avis n° 9360 DSM(5) : Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale", juin 2019, p. 1).

Le ministre assumant pleinement dans son mémoire en défense d'avoir ainsi "sélectionné" ces thérapies parmi la diversité des approches et méthodes thérapeutiques actuellement pratiquées et s'attachant à justifier ce choix en droit et en fait, il n'est peut-être pas inutile, avant de répondre précisément à ses arguments et pour une parfaite compréhension des débats, d'indiquer de manière synthétique les enjeux d'une décision d'imposer unilatéralement certaines approches et thérapies à l'exclusion des autres.

La psychologie est une discipline qui propose une appréhension rationnelle de la vie psychique aussi bien du point de vue du sujet individuel que du groupe (famille, institutions etc.). La psychologie clinique par sa définition et par son fondement même a pour particularité de se situer à la rencontre des sciences humaines et des sciences expérimentales (ou naturalistes). Ces deux positions "ne sont pas commensurables sur une même échelle de critères et ne sont donc pas hiérarchisables"²: elles obéissent à des logiques épistémologiques différentes, ce qui fait à la fois la richesse mais aussi la difficulté de notre discipline³.

La première mobilise davantage des aspects qu'on pourrait appeler qualitatifs (éléments théoriques, psychopathologiques, phénoménologiques, etc.) qui visent à rendre intelligible la vie psychique du sujet en fonction de son corps et de son inscription dans un contexte social, culturel et anthropologique donné. Elle permet au psychologue de formuler des hypothèses heuristiques afin de donner forme au soin tout en prenant en compte sa propre implication subjective dans le processus. La seconde mobilise des aspects quantitatifs (mesures, statistiques, échelles, outils, tests, questionnaires) qui servent à quantifier la vie psychique et à dégager des variables, qu'il s'agisse de comportements, de cognitions ou d'émotions.

Dans notre discipline, il n'y a pas de frontière étanche entre ces deux positions et le psychologue se reporte à chacune en fonction du contexte clinique et de son évolution. Leur croisement est indispensable, c'est "le mutuel appui" dont parlait Daniel Lagache, dans l'acte même de fondation de la psychologie clinique comme discipline universitaire en France en 1947⁴.

² J. Morrisette et D. Demazière, Les approches qualitatives à l'épreuve de la quantification des sciences, La recherche qualitative aujourd'hui. 30 ans de diffusion et de réflexion. Recherches Qualitatives-Vol. 38 (1), p.88.

³ M. Plaza souligne ainsi la richesse et l'inconfort de la position de la psychologie clinique: " celle-ci, du fait de son histoire, intègre des systèmes théorico-pratiques différents, voire divergents; elle implique une multiréférenciation, une interdisciplinarité; se référant à un cadre théorique nécessairement mouvant, elle ne peut être qu'anti-doctrinale ; elle ne peut s'appuyer que sur des concepts interdisciplinaires provisoires. (*"La Psychologie clinique : les enjeux d'une discipline"*, dans C. Reveault d'Allones, La démarche clinique en sciences humaines, 1999)

⁴ Daniel Lagache, "L'unité de la psychologie. Psychologie expérimentale et psychologie clinique", PUF. Dans la prolongation de la Leçon inaugurale professée à la Sorbonne le 28 novembre 1947.

Les principaux courants théoriques auxquels nous faisons référence actuellement en psychologie, les fameuses "approches" dont il est question dans ce recours - psychodynamiques (psychanalytiques), systémiques, cognitivo-comportementales – pour ne citer que celles qui sont le plus directement impliquées aujourd’hui dans le domaine de l’enfance – et les thérapies qui leur sont associées viennent s’inscrire de manière différente, variable et évolutive entre ces deux axes.

Malgré cette diversité, les frontières entre les dimensions quantitatives et qualitatives qui traversent historiquement notre discipline n’ont pas provoqué d’asymétries excessives; elles ont au contraire soutenu le dynamisme de son parcours et préservé sa richesse. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), contrairement à ce que laisse penser la lecture qu’en fait le ministre dans son mémoire de défense, rendent compte de ce pluralisme.

A l’opposé de cette approche équilibrée qui fonde la psychologie, le parti pris des auteurs de l’arrêté en faveur de l’axe quantitatif se traduit par la suppression de champs entiers de savoirs faisant partie de notre discipline (de la quasi totalité de la clinique phénoménologique, psychopathologique, de l’intersubjectivité...), tant sur le plan théorique que thérapeutique, au point que les requérants se demandent ce qui peut bien justifier la participation des psychologues au dispositif !

L’orientation exclusivement cognitive et comportementale des plateformes de coordination et d’orientation (PCO) qui résulte de l’imposition de trois méthodes désolidarisées des autres aspects de la psychologie est réductrice du développement de l’enfant et la seule dimension ré-éducative ne peut pas rendre compte de la nature du soin psychologique.

Les méthodes "sélectionnées" et les outils ou programmes qui les accompagnent peuvent être utiles dans la mesure où ils participent d’une approche intégrative de l’enfant et de ses troubles. Mais utilisées exclusivement et déconnectées des apports essentiels et fondamentaux de la psychologie clinique, ils ne peuvent conduire qu’à une désintringation et à un déséquilibre du soin.

Un changement de paradigme de cet ordre pour notre discipline ne peut pas être imposé par un acte administratif et serait préjudiciable pour les enfants et leurs familles.

Les membres des associations requérantes sont des psychologues cliniciens⁵ spécialisés dans le traitement des troubles des enfants et des adolescents. Nous dispensons des soins psychologiques aux enfants présentant des difficultés psychiques et développementales au sein d’équipes pluridisciplinaires (composées également de psychiatres, d’orthophonistes, de psychomotriciens,

⁵ Psychologues ayant suivi une formation universitaire à laquelle s’ajoute une année de spécialisation professionnalisante (Master 2 professionnel) et des stages de minimum 500 heures au sein des structures prenant en charge les troubles psychiques d’adultes, d’enfants et d’adolescents.

d'éducateurs spécialisés, etc.). Nous faisons notamment ce que décrit le début de l'article 2 de l'arrêté, à savoir mobiliser les compétences cognitives, comportementales et émotionnelles de l'enfant", "en référence au stade de son développement". Nous exerçons dans différentes structures de la pédopsychiatrie publique et dans le médico-social: Centre médico-psychologiques (CMP), Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), Centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP), Instituts médico-pédagogiques (IMP), Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), Services d'éducation sociale et de soins à domicile (SESSAD), PMI (Protection maternelle infantile), etc. où sont actuellement traités, de manière précoce et/ou sur le moyen-long terme, entre autres les troubles concernés par l'arrêté. Dans ces différents lieux l'ensemble des approches théoriques et pratiques sont représentées dans une pluralité qui assure la cohérence et l'équilibre de l'offre de soin. Nombre d'entre nous travaillons également en libéral.

Ce recours est motivé par l'intérêt de l'enfant qui mérite d'être vu, en libéral ou en institution, dans le cadre des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) comme partout ailleurs, dans sa complexité, à travers une approche qui mobilise l'ensemble des expériences, connaissances et références de notre discipline, qui ne peuvent pas être segmentées, d'autant moins que les soins sont précoces.

Tel est le cadre dans lequel s'inscrivent l'arrêté contesté et les arguments du ministre pour le défendre, dont les requérants s'attacheront à présent à démontrer qu'ils ne sont fondés ni en droit, ni en fait. Ils répondront d'abord à l'argumentation générale du ministre sur les justifications de l'arrêté **(I)** puis à ses réponses à leurs moyens, qui en découlent largement **(II)**.

I. Sur la définition retenue d'expertise spécifique et la référence aux bonnes pratiques professionnelles.

L'argumentation du ministre repose sur un raisonnement exposé de manière générale au point 1 de son mémoire et repris par la suite pour répondre brièvement à chacun des moyens soulevés par les requérants.

Le cœur de ce raisonnement figure au troisième paragraphe de la page 4. Après avoir rappelé que l'arrêté définit l'expertise par le titre de psychologue, la formation complémentaire et l'expérience professionnelle et que les requérants ne contestent effectivement pas cette définition de l'expertise, le ministre indique que "seuls les psychologues qui sont formés dans l'une de ces trois méthodes (celles

mentionnées à l'article 2 de l'arrêté) seront pris en charge pour le volet concernant les interventions précoces en lien avec l'ensemble des évaluations fonctionnelles disponibles". Le ministre admet donc bien, et d'autres passages de son mémoire le confirment (p. 7, 11) qu'à l'occasion de la définition de l'expertise spécifique prévue par le décret, l'arrêté réduit la participation au parcours de soins coordonnés aux psychologues qui appliqueront certaines méthodes thérapeutiques, à savoir "les thérapies cognitivo-comportementales, de la remédiation neuropsychologique et cognitive et de la psychoéducation".

Non seulement il l'admet, mais il reconnaît que cette prescription des méthodes ne relève pas de la définition de l'expertise : "Néanmoins, contrairement à ce qui est soutenu par les requérants, ces trois méthodes sont mentionnées non pas pour définir, comme le permet l'article R. 2135-2 du CSP, l'expertise attendue des psychologues qui n'est définie qu'à l'alinéa 1er de l'article 3 précité, mais pour répondre à la volonté du législateur de voir respecter les bonnes pratiques professionnelles".

Le ministre reconnaît donc on ne peut plus clairement qu'alors que le décret ne lui donne compétence que pour définir une expertise spécifique, il ne se borne pas à cette définition, mais qu'il en profite pour déterminer les méthodes thérapeutiques que devront appliquer les psychologues pour pouvoir participer au dispositif de prise en charge et qui seront ainsi les seules dont pourront bénéficier les patients qui souhaitent recourir à ce dispositif. Le Conseil d'Etat ne pourra que constater que, comme l'écrit encore le ministre au deuxième paragraphe de la page 10, **le pouvoir réglementaire a bien opéré un choix des méthodes thérapeutiques** ("le choix des méthodes thérapeutiques opéré par le pouvoir réglementaire").

Quel peut être le fondement de cette compétence générale pour déterminer les méthodes thérapeutiques des psychologues dont le ministre semble s'estimer investi ?

Ce ne peut être le III de l'article R. 2135-2 du code de la santé publique, qui ne prévoit l'intervention d'un arrêté que pour définir l'expertise spécifique, puisque, comme le reconnaît le ministre, le choix de ces méthodes ne fait pas partie de l'expertise spécifique. Le ministre a donc excédé le champ de la compétence que lui donnaient ces dispositions.

A la lecture de la fin du paragraphe précité de la page 4 du mémoire en défense, le ministre semble fonder sa compétence pour ce faire sur "la volonté du législateur de voir respecter les bonnes pratiques professionnelles", lesquelles se fonderaient sur les méthodes citées dans l'arrêté (p. 4).

Le Conseil d'Etat ne pourra suivre ce raisonnement qui apparaît doublement erroné, en droit (1) et en fait (2).

1. Il est tout d'abord erroné en droit, à plus d'un titre.

1.1. En premier lieu, aucune disposition législative ne donne aux ministres des solidarités et de la santé et de l'économie et des finances la moindre compétence pour définir les bonnes pratiques des professions relevant des secteurs sociaux et de la santé et encore moins pour s'immiscer dans ce qui constitue le cœur de l'acte thérapeutique, à savoir la détermination de la méthode la plus adaptée à la situation particulière du patient.

Et la circonstance que ce traitement thérapeutique soit pris en charge par l'assurance maladie est sans incidence, une telle prise en charge ne conférant aucune compétence particulière aux ministres pour imposer aux praticiens les méthodes qu'ils mettent en œuvre.

Comme les requérants l'ont exposé dans leur requête, seule une disposition législative explicite, au minimum, pourrait porter une atteinte de cette ampleur à l'autonomie du praticien dans le choix, qu'il est seul à même de faire, de la méthode thérapeutique appropriée au patient qu'il soigne. Choix qui s'appuie sur une compétence qu'il tient de connaissances théoriques et méthodologiques acquises lors de la formation sanctionnée par le diplôme qui conditionne l'exercice de sa profession (en l'occurrence le titre de psychologue), de l'actualisation régulière de ses connaissances et de son expérience. L'arrêté affirme ainsi que "le psychologue est responsable du choix de ses outils" (première phrase de l'annexe), mais, sans craindre la contradiction, établit ensuite la liste de ceux qu'il doit utiliser parmi ceux qui relèvent des trois méthodes mentionnées à l'article 2...

1.2. En second lieu, toute l'argumentation du ministre repose sur une confusion entre " les bonnes pratiques professionnelles ", auxquelles fait référence l'article L. 2135-1 et les " recommandations de bonne pratique de la HAS ", qui le conduit à soutenir que le législateur aurait entendu imposer le respect des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) qui, toujours selon lui, justifieraient les méthodes visées par l'arrêté (cf. p. 4, 7). Or, tel n'est pas le cas.

En effet, le respect des bonnes pratiques professionnelles est une obligation générale pour tout professionnel, les psychologues comme les autres, et leur responsabilité dans leur pratique est à la mesure de l'autonomie dont ils disposent.

Il garantit que le cadre et les conditions dans lesquels s'exerce une activité professionnelle sont conformes à un certain nombre d'exigences consensuelles de sécurité, d'hygiène, d'éthique et de déontologie, de respect des lois et règlements, d'information, de respect de la personne, etc. Si le respect des bonnes pratiques professionnelles conditionne la réussite et le bon déroulement du travail du psychologue, elles ne se substituent pas au soin lui-même.

C'est en ce sens que l'article L. 2135-1 du code de la santé publique indique que le contrat conclu avec les structures par les professionnels de santé *"prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles"*.

La loi prévoit donc que le professionnel **s'engage** à les respecter **dans le contrat** qu'il conclut avec les structures compétentes. Elle ne donne aucune compétence aux ministres de la santé et de l'économie pour fixer dans un acte réglementaire ces bonnes pratiques et les imposer aux praticiens.

Mais surtout cette mention n'a ni pour objet ni ne saurait avoir pour effet d'imposer, à travers cette notion de bonnes pratiques professionnelles, les approches thérapeutiques que le praticien devra mobiliser pour le traitement de ses patients.

Tout d'abord, si la Haute autorité de santé intitule les recommandations qu'elle formule quant au contenu des soins "recommandation de bonne pratique", il ne s'agit pas des "bonnes pratiques professionnelles" au sens que nous venons de décrire. Comme vous l'avez rappelé par votre décision du 23 décembre 2020, *Association Autisme espoir vers l'école* (n° 428284), ses recommandations "ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édicition". La HAS prend soin de le rappeler en introduction à toutes les recommandations qu'elle émet⁶. Et tant l'usage du singulier qu'elle utilise pour chacune des études réalisées que l'absence de l'adjectif "professionnelles" marquent bien la différence entre la "bonne pratique" qui fait l'objet d'une recommandation de la HAS et les "bonnes pratiques professionnelles" que l'on peut trouver, notamment, dans les codes de déontologie des médecins ou des psychologues.

Votre décision poursuit en soulignant que les recommandations de la HAS "ne dispensent pas le professionnel de santé d'entretenir et perfectionner ses connaissances par d'autres moyens et de

⁶ "Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient".

rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient".

Ces recommandations n'ont pas de valeur réglementaire et ne pourraient légalement en avoir, le législateur n'ayant conféré à la HAS aucune compétence de cette nature.

Le ministre ne peut sérieusement soutenir comme il le fait pourtant que la loi du 22 décembre 2018 aurait entendu rendre ces recommandations obligatoires dans le cadre du parcours de soins qu'elle institue.

En effet, aucune disposition de cette loi ne va dans ce sens. Comme nous venons de le dire, l'indication à l'article L. 2135-1 du code de la santé publique, issu de cette loi, selon laquelle le contrat conclu avec les structures par les professionnels de santé *"prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles"* ne saurait avoir ni pour objet ni pour effet de conférer aux recommandations de la HAS une force obligatoire en ce qui concerne le choix des méthodes thérapeutiques.

Et ce ne sont pas les quelques brefs extraits de déclarations du ministre de la santé au cours du débat parlementaire ayant précédé l'adoption de la loi du 22 décembre 2018, cités à la note 7 du mémoire en défense, qui ne contiennent qu'une vague allusion à "l'esprit des recommandations de la HAS", qui pourraient **conduire à considérer que la loi a entendu rendre obligatoire les recommandations de la HAS et aurait donné aux ministres signataires de l'arrêté une compétence pour le faire.**

Le législateur a d'autant moins pu vouloir rendre obligatoire les recommandations de la HAS qu'elles ne sont justement que des recommandations, dont la formulation même, nous le verrons plus loin, n'est jamais prescriptive.

Le ministre, en prétendant imposer les recommandations de la HAS, non seulement leur confère illégalement une portée réglementaire, mais leur confère une portée pratique qu'elles n'ont pas, qu'elles ne peuvent avoir et qui est contraire à l'esprit même de ces recommandations et de la mission de la HAS, qui n'a jamais été d'être le vecteur d'une médecine ou d'une psychologie d'Etat...

Ainsi, aucune disposition législative ni réglementaire ne donne compétence aux ministres signataires de l'arrêté pour imposer des approches et méthodes thérapeutiques.

2. En fait : ni les recommandations de la HAS ni un consensus scientifique international ne peuvent fonder l'exclusion des autres approches et méthodes que celles visées par l'arrêté.

Le ministre justifie la sélection des "trois approches thérapeutiques visées dans l'arrêté contesté" par le fait qu'elles seraient considérées par la HAS comme par la communauté scientifique internationale comme "les plus efficaces" ou les plus "pertinentes" (p. 11, 7). Nous démontrerons successivement que ce n'est le cas ni en ce qui concerne la HAS (2.1), ni en ce qui concerne la communauté scientifique internationale (2.2).

Avant d'en faire la démonstration, les requérants tiennent à préciser qu'ils n'ont pas et n'ont jamais eu l'intention de faire trancher par le Conseil d'Etat les nombreux et souvent très riches débats qui animent la communauté des chercheurs et des professionnels sur les approches, méthodes et techniques thérapeutiques et qu'ils ne sont conduits à en faire état que par la volonté des ministres d'utiliser la compétence qu'ils tiennent du décret pour faire prévaloir certaines d'entre elles et par les arguments que le ministre défendeur présente pour justifier ce choix.

Vous n'avez pas limité votre contrôle des recommandations de la Haute autorité de santé à l'erreur manifeste d'appréciation, en raison de "la technicité inhérente à ces recommandations"⁷ pour décider, à l'occasion d'un arrêté de ministres effectuant des choix qui ne relèvent pas de leur compétence, quelle est la meilleure méthode de traitement de tel ou tel trouble.

Contrairement au ministre, les requérants n'entendent pas défendre une méthode thérapeutique parmi d'autres mais le maintien de la pluralité, inhérente à la psychologie, qui est à leurs yeux la meilleure garantie de la pertinence et de l'efficacité des soins thérapeutiques.

2.1. Sur les recommandations de la HAS

Contrairement à ce qu'affirme le ministre, il ne ressort aucunement des recommandations de la HAS relatives aux troubles du neuro-développement que les trois thérapies "cognitivo-comportementale, de la remédiation neuropsychologique et cognitive et de la psychoéducation", assorties des programmes listés en annexe, seraient les seules pertinentes pour traiter les troubles du neuro-développement.

⁷ Conclusions V. Villette s/ CE, 7 juillet 2021, n° 438712.

Il convient de souligner en préambule qu'il n'existe pas de recommandation de la HAS consacrée à la prise en charge spécifique de l'ensemble des troubles du neuro-développement.

La recommandation "Troubles du neuro-développement. Repérage et orientation des enfants à risque" (2020) ne traite pas de la prise en charge spécifique, comme le fait observer le ministre. La HAS renvoie sur ce sujet à ses précédentes recommandations, qui ne portent que sur deux ensembles de troubles : les troubles du spectre de l'autisme (2012) et les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH, 2014). On notera tout de même que la recommandation de 2020 mentionne parmi les types d'intervention pour traiter ces troubles la psychologie, sans aucune précision d'une approche en particulier.

Pour démontrer que "les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, concernant les troubles du neuro-développement, se fondent (*sic*) sur les trois méthodes citées dans l'arrêté", le ministre se réfère aux deux recommandations précitées de la HAS portant l'une sur l'autisme (2012), l'autre sur les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (2014) et à une étude de l'Inserm sur les troubles du développement intellectuel (2006). A supposer même que les recommandations auxquelles se réfère le ministre recommanderaient les méthodes citées par l'arrêté - ce qui n'est pas le cas -, elles ne pourraient en tout état de cause pas fonder une exclusion générale des autres méthodes thérapeutiques pour les autres troubles visés (troubles de la communication, des coordination, des apprentissages, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles du sommeil, etc.).

Si le ministre se réfère également en note (en se gardant bien de les commenter) à d'autres recommandations⁸, une seule concerne un autre trouble (DYS) et elle ne contient aucune indication sur les approches et les méthodes des psychologues !

Par ailleurs, non seulement les recommandations de la HAS ne concernent que certains des troubles visés par l'arrêté, mais elles sont pratiquement muettes sur la remédiation neuropsychologique et cognitive et la psychoéducation, soit sur deux des trois méthodes que le ministre préconise. Tel est également le cas du mémoire en défense, qui n'évoque que des thérapies cognitivo-comportementales (et brièvement la psychoéducation à propos du consensus international).

⁸ Il cite, sans les commenter, dans une note en bas de page (n° 8), les documents suivants de la HAS :

- "Troubles DYS : comment mieux organiser le parcours de santé d'un enfant avec des troubles DYS ?" (HAS janvier 2018) : il ne traite absolument pas des méthodes thérapeutiques ("troubles DYS" désigne les troubles des apprentissages)
- "Troubles du spectre de l'autisme - signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent" (HAS février 2018) : comme son intitulé l'indique, ce document, outre qu'il ne concerne encore que l'autisme, ne traite que du diagnostic et pas de la prise en charge thérapeutique.
- Et un document sur l'orthophonie qui ne concerne donc pas les psychologues...

a) En ce qui concerne le traitement des troubles du spectre autistique (TSA) (recommandation de 2012)

- Le ministre soutient que la HAS aurait recommandé les méthodes citées dans l'arrêté en indiquant page 24 de sa recommandation de 2012⁹ que "sont recommandées auprès de l'enfant les interventions personnalisées, globales et coordonnées débutées avant 4 ans et fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale (grade B)".

En premier lieu, cette recommandation en faveur d'interventions globales et coordonnées s'adresse, ainsi que cela ressort de l'intitulé de la recommandation, à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des troubles de l'enfant, afin d'aborder ces troubles sous une diversité d'aspects, éducatifs, comportementaux et développementaux¹⁰. Elle ne concerne pas spécifiquement les interventions des psychologues et encore moins les méthodes thérapeutiques que ceux-ci mobiliseront. Les programmes mentionnés à la suite de la citation du ministre par la HAS (ABA, Denver, TEACCH) sont des outils utilisés par un ensemble de professionnels, en particulier par des éducateurs spécialisés, orthophonistes, enseignants, etc. ainsi que par des parents et ne font pas partie du soin psychologique à proprement parler.

En second lieu, à supposer même que cette phrase concerne la pratique des psychologues, la prise en compte des dimensions éducatives, comportementales et développementales des troubles est commune à toutes les approches en psychologie; elles ne sont bien évidemment pas propres aux "thérapies cognitivo-comportementales". Ainsi :

a) La psychologie du développement qui est une branche importante de la psychologie et qui embrasse tous les aspects du développement psychologique de l'enfant (langagiers, cognitifs, affectif et sociaux) est largement fondée sur la théorie psychanalytique.

b) L'approche psychanalytique de l'enfant s'est depuis ses origines (cf. notamment les écrits d'Anna Freud) intéressée aux aspects éducatifs de la prise en charge des enfants souffrant de troubles. Des dispositifs comme la Psychopédagogie Clinique¹¹ et la Guidance parentale¹², omniprésents

⁹ "Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent", mars 2012

¹⁰ "L'hétérogénéité des profils cliniques et de l'évolution des enfants/adolescents avec TED au cours de leur développement nécessite que les réponses éducatives, pédagogiques et thérapeutiques soient diversifiées qu'elles soient proposées en milieu ordinaire ou en établissement, et que les interventions pluridisciplinaires mises en œuvre soient complémentaires, coordonnées et adaptées aux besoins singuliers de chaque enfant/adolescent." (Recommandation Autisme 2012, p. 89).

aujourd'hui au sein des structures médico-sociales, notamment les Centres médico-psychopédagogiques (CMPP)¹³, s'appuient très étroitement sur les théories psychodynamiques.

c) L'aspect comportemental est essentiel - et ce ne saurait être autrement - dans l'approche psychodynamique dans la mesure où il constitue, avec la parole de l'enfant et l'ensemble de ses symptômes, le signe des dysharmonies développementales, de conflits internes et de la souffrance qu'il peut ressentir.

Ainsi, ce serait méconnaître ce qu'est la psychologie et commettre un grave contre-sens que de considérer qu'une approche éducative, comportementale ou développementale des troubles de l'enfant serait l'apanage des thérapies cognitivo-comportementales.

- Le ministre cite également la recommandation de 2012 de la HAS pour affirmer (p. 5) que celle-ci "écarter certaines méthodes pour faute de preuves scientifiques adéquates".

D'une part, les requérants ne contestent absolument pas le fait que la HAS **ne recommande pas** certaines méthodes (méthode des 3i, Feuerstein, etc). Or, contrairement à ce que fait penser la rédaction du paragraphe par le ministre, ces méthodes ne relèvent absolument pas des approches psychodynamiques ou systémiques. On notera en revanche que lorsque la HAS entend ne pas recommander certaines méthodes, elle le dit clairement.

D'autre part, contrairement à ce que pourrait laisser penser encore la rédaction du paragraphe par le ministre, les approches "psychanalytiques et de psychothérapie institutionnelle" ne font pas partie des approches non recommandées mais sont qualifiées de "non consensuelles", ce qui est très

¹¹ La psychopédagogie vise à accompagner les enfants présentant des troubles des apprentissages, de la pensée et des difficultés scolaires. Le premier centre psychopédagogique ouvre en 1946 au lycée Claude Bernard, à l'initiative de psychanalystes, Georges Mauco, D.Anzieu, R. Diatkine, J-B. Pontalis, J. Favez-Boutonier... Y travaillerons Françoise Dolto (médecin et psychanalyste) et Serge Lebovici (psychiatre et psychanalyste).

Le programme du très récent Diplôme Universitaire (DU) de Psychopédagogie Clinique de l'Université de Paris (Paris V), rend compte de cette approche pluridisciplinaire des troubles où la psychanalyse : à côté de la neuropsychologie, tiennent une place essentielle : "La psychopédagogie : histoire, cadre institutionnel, écrits de référence. Les médiations psychopédagogiques, individuelles et groupales. Approches psychanalytiques de la pensée et des apprentissages : troubles, inhibition, empêchement de penser. Psychologie et neuropsychologie du développement cognitif. Abord pluridisciplinaire des problématiques de l'enfance et de l'adolescence. Environnements institutionnels, familiaux, scolaires".

¹² La Guidance parentale vise à les renforcer les parents dans leur parentalité. Le psychologue cherche à comprendre l'enfant en synergie avec les parents et à aider ainsi ces derniers à mieux l'accompagner lors des étapes importantes et décisives de son développement.

– J-Y. Hayez, S. Lebovici, La guidance parentale : l'accompagnement des parents dans l'aide éducative et thérapeutique, Privat.

– V. Laupies, "La guidance parentale : ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance", Thérapie Familiale, 2004/4 (Vol. 25), p. 521-529.

¹³ "L'apport des Sciences Humaines à la pédagogie, l'adaptation des théories psychanalytiques aux traitements des enfants et la conceptualisation des rééducations psychomotrices et orthophoniques, qui montraient la nécessité d'une approche pluridisciplinaire" sont "les éléments déterminant dans la création et le fonctionnements des centres médico-psychologiques". <https://www.centreclaudebernard.asso.fr/historique-du-centre>

différent. Outre que cette qualification s'inscrit dans la problématique de la prise en charge de l'autisme et qu'elle ne saurait donc être étendue à tous les troubles visés, il ressort du Guide des recommandations de la HAS que la qualification de "non consensuelles" ne signifie aucunement "non recommandées" et que la HAS n'est pas beaucoup plus affirmative en ce qui concerne les thérapies cognitivo-comportementales ("présomption scientifique" pour certains outils, "faible niveau de preuve de preuve" pour d'autres). Tout cela démontre surtout que la HAS, en 2012, a estimé que l'état des connaissances ne permettait pas de trancher le débat aussi complexe que délicat que le traitement des troubles du spectre autistique. C'est une approche plurielle et pluridisciplinaire de ces troubles qui est aujourd'hui très majoritairement préconisée.

En résumé le ministre ne peut pas se fonder sur la recommandation de la HAS (2012) pour exclure les approches psychodynamiques et systémiques des interventions de psychologues. Et ce n'est pas l'étude d'impact de la loi de 2018 qui pourra démontrer le contraire : ce n'est ni son objet ni sa portée.

b) En ce qui concerne les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (recommandation 2014)

Rappelons en préambule qu'il s'agit d'un trouble associant trois symptômes : déficit de l'attention, hyperactivité motrice et impulsivité et qui est caractérisé, pour une grande majorité des enfants, par la présence simultanée d'autres troubles importants, appelés "comorbidités" (dépression, troubles anxieux, trouble d'opposition avec provocation, troubles de conduites, troubles des apprentissages, troubles du comportement alimentaires, etc.).

Dans notre requête, nous citons la synthèse de la recommandation de la HAS de 2014 qui indiquait : "Informations sur les prises en charges possibles : Prise en charge non médicamenteuse, comprenant des mesures psychologiques, éducatives et sociales (approches cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives, guidance parentale, aménagements scolaires, etc.). Prise en charge médicamenteuse..."¹⁴. Nous nous étonnions alors que parmi les approches recommandées ici, seules les cognitivo-comportementales étaient retenues dans l'arrêté alors même que ses auteurs se prévalent des recommandations de la HAS !

¹⁴ Synthèse de la Recommandation de bonne pratique "Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité" (décembre 2014).

Dans son mémoire en défense le ministre cite en note en bas de page le point 3.2.1¹⁵ du document "Recommandation de bonne pratique. Conduite à tenir..."¹⁶. Or, le point 3.2.1 recommande également, tout comme la synthèse, les quatre approches : "cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives" et renvoie à l'annexe 4 où nous trouvons encore les 4 approches avec un descriptif pour chacune en encadré. Le ministre persiste pourtant à ne pas reconnaître cette évidence.

Il ne donne tout d'abord aucune raison à l'exclusion de l'approche systémique pourtant recommandée par la HAS.

Il écrit ensuite qu' "en ce qui concerne les TDAH, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont recommandées, alors que les psychothérapies psychodynamiques peuvent être utilisées sur le 'moyen-long terme'. Le travail à court terme de la PCO dans le cadre d'un forfait d'intervention précoce d'un an renouvelable une fois de la PCO conduit à privilégier les thérapies brèves ayant fait leurs preuves pour des interventions du court-terme" (p. 4 du mémoire en défense).

En premier lieu, contrairement à ce qu'il insinue, la HAS n'écrit nulle part que les thérapies cognitivo-comportementales seraient "recommandées" alors que les psychothérapies psychodynamiques pourraient seulement "être utilisées". Elles sont toutes les deux également recommandées.

En deuxième lieu, en ce qui concerne la durée des thérapies, la seule mention qui en est faite par la HAS n'est pas au point 3.2.1 comme indiqué à tort par le ministre (cf. note 10) mais dans l'encadré de l'annexe 4 (p. 48), qui évoque le "moyen-long terme" à propos des psychothérapies psychodynamiques. Or l'approche psychodynamique ne se réduit pas à cela et comprennent, toujours selon l'annexe, les consultations thérapeutiques (rencontres régulières entre les parents et l'enfant avec le psychologue), les groupes thérapeutiques, les psychothérapies psychodynamiques familiales, dispositifs dont on ne peut pas se passer dans la prise en charge précoces et pour lesquelles aucune mention de durée n'est indiquée dans l'encadré.

¹⁵ La référence qu'il donne à la note 10 est erronée. Le document cité, intitulé "Questions Réponses. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille" (février 2015), est un document établi à partir de la recommandation par le service presse et ne comprend pas de point 3.2.1.

¹⁶ Recommandation de bonne pratique "Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Méthode Recommandations pour la pratique clinique" (décembre 2014).

En troisième lieu et en tout état de cause, il est aisé de démontrer l'inexactitude de cette pure allégation dépourvue de toute justification (aucune source n'est donnée) selon laquelle les thérapies psychodynamiques et systémiques seraient réservées au moyen-long terme.

Il convient de souligner tout d'abord que les termes court, moyen et long terme ne renvoient à aucune durée précise. La durée de la prise en charge prévue par l'arrêté pour les parcours de soins coordonnés (1 an renouvelable) n'est pas si courte pour des enfants qui traversent des moments décisifs de leur développement. A titre de comparaison, les prises en charge des enfants dans les CMPP par exemple où sont diagnostiqués et traités, entre autres, les troubles concernés par l'arrêté et où toutes les approches sont représentées, sont d'une durée moyenne de deux ans.

Ensuite, les psychothérapies psychodynamiques ne doivent pas être confondues avec la psychanalyse, qui n'est pas une psychothérapie¹⁷. Les thérapies psychodynamiques brèves¹⁸ sont loin d'être des pratiques marginales : elles sont même les plus couramment pratiquées par les psychologues cliniciens dans les différentes structures de prise en charge de l'enfant. Dans de nombreux cas des difficultés des enfants relevant des TND peuvent se résoudre au terme de quelques séances, les thérapies plus longues étant adaptées aux enfants dont les pathologies complexes exigent des traitements de longue durée et allant parfois ainsi jusqu'à l'adolescence ou au-delà. Ainsi, "des changements intra-psychiques importants surviennent lors de la première année de psychothérapie psychanalytique chez les enfants souffrant de troubles importants et qu'il ne faut donc pas prétendre que les résultats se feraient attendre des années"¹⁹.

Dans son *Manuel des psychothérapies brèves*, Edmond Gillieron propose un exposé didactique des psychothérapies psychanalytiques brèves, caractérisées par une limitation temporelle et par la focalisation sur le traitement d'un symptôme ou d'un conflit particulier. Outre cet ouvrage de référence, une riche bibliographie française et internationale²⁰ présente d'un point de vue théorique et

¹⁷ La distinction entre psychothérapie et psychanalyse ayant été théorisée déjà par Freud.

¹⁸ Les thérapies de soutien, la psychothérapie dynamique à durée limitée, les thérapies dynamiques à court terme, les psychothérapies psychodynamiques brèves, les psychothérapies analytiques focales à temps prédéfini, les thérapies psychodynamiques adaptées à une durée de 10 à 20 ou à 4 séances.

¹⁹ – L. Brunet, La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques, in Filigrane Écoutes psychothérapeutiques, janv 2009, p. 81.

²⁰ – Francisco Palacio Espasa (Auteur), Filippo Muratori (Auteur), Manuel de psychothérapie brève des troubles émotionnels de l'enfant, PUF

– Palacio Espasa Francisco, Knauer Dora, "La psychothérapie psychodynamique brève avec la mère, le père et le bébé : aspects cliniques et techniques", Devenir, 2006/1 (Vol. 18), p. 5-22.

– Bismuth Annick, Conquy Leslie, Sechaud Évelyne et al., "Thérapies transitionnelles brèves psychanalytiques", Le Carnet PSY, 2015/9 (N° 194), p. 22-28.

– Monographies et Débats de Psychanalyse, (2013), "La consultation psychanalytique", sous la direction de Jacques Boushira et Martine Janin-Oudinot, Paris, PUF.

– H. Levenson, S. F Butler, B. D Beitman, Concise guide to brief dynamic psychotherapy, American Psychiatric Press, 1997.

clinique les différents aspects des interventions psychodynamiques brèves, leurs techniques et leurs effets thérapeutiques.

Enfin, les thérapies psychodynamiques brèves font partie de celles ayant été soumises au niveau international à des évaluations par des études quantitatives et des meta-analyses, ces dernières étant "la preuve la plus saillante dans la littérature scientifique", selon le ministre. Nous en citons quelque-unes en note de bas de page parmi celles qui concernent les thérapies psychodynamiques brèves pour enfants, publiées dans de grandes revues internationales²¹.

Quant à l'approche systémique, c'est la première historiquement à avoir adapté et mise en place des dispositifs de thérapies brèves²².

Ce serait donc commettre un contre-sens absolu de croire que parce que les approches psychanalytiques - grâce à leurs ressources théoriques et cliniques très conséquentes en matière de développement affectif et cognitif de l'enfant²³ - peuvent accompagner l'enfant sur le long terme, elles ne seraient pas adaptées, pertinentes ou efficaces sur le court ou le moyen terme.

Il est aussi erroné de disqualifier sur le court terme les approches psychodynamiques et systémiques parce qu'elles envisagent aussi le moyen et long terme que de privilégier les thérapies cognitivo-comportementales sur le court terme au motif qu'elles ne prétendent pas aller au-delà.

En effet, cela ne signifie aucunement qu'elles y seraient plus efficaces que les autres. Ainsi, la lecture de la recommandation de la HAS conduit à relativiser l'efficacité et la pertinence des thérapies cognitivo-comportementales sur le court terme : "ces techniques nécessitent que le langage soit bien développé et ne sont donc pas adaptées chez le jeune enfant. Elles nécessitent beaucoup de temps ; elles semblent plus efficaces sur l'impulsivité et moins sur l'hyperactivité et l'attention"²⁴; "ces interventions comportent des limites : elles sont chronophages, applicables uniquement aux enfants dont le langage est développé et les résultats obtenus ne sont visibles qu'à court terme, ne persistant pas après l'arrêt du traitement. De plus, d'après l'auteur, les techniques apprises par l'enfant lors de

– Alessandra Lemma, Mary Target, Peter Fonagy, Brief dynamic interpersonal therapy, a clinician's guide, Oxford University Press, 2011.

²¹ – Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013;52:863–875.

– Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014.

²² La thérapie brève systémique est notamment enseignée entre autres dans le cadre d'un Diplôme universitaire (DU) de psychologie de l'université Paris VIII.

²³ – B. Golse, le développement affectif et cognitif de l'enfant, Masson ;

– S. Lebovivi, R. Diatkine et M. Soulé, Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, par, PUF, 2018.

²⁴ HAS, Recommandation de bonne pratique. Conduite à tenir en médecine de premier recours ... Argumentaire scientifique, p. 89.

ces séances ne sont pas transposées dans d'autres environnements (milieu scolaire par exemple)". D'autres limites et réserves sont ensuite évoquées...²⁵

Dans l'argumentaire scientifique de cette recommandation on trouve également de nombreuses réserves sur l'efficacité des techniques cognitivo-comportementales: ainsi, par exemple, on peut lire (p. 93 et s.), en ce qui concerne les formations parentales figurant en annexe, que la méthode Barkley, la plus répandue, crée chez les parents un niveau de stress élevé et "que les comportements perturbateurs des enfants tendent à augmenter en fréquence mais à diminuer en intensité" et à propos des outils "Incredible Years" et "Triple P" il est indiqué que "la méta-analyse ne révélait pas d'effet significatif sur les symptômes du TDAH. Les auteurs concluaient à la nécessité de nouvelles études de qualité pour évaluer l'efficacité de ces thérapies".

Enfin, si nous respectons parfaitement le choix de créer des plateformes plutôt que de renforcer en moyens les structures médico-sociales existantes, il est aberrant et préjudiciable de priver les enfants et leurs familles des soins efficaces et dynamiques des approches psychodynamiques et systémiques (et recommandées de surcroît par la HAS) dont ils profitent actuellement dans les structures médico-sociales, sous prétexte que ces soins peuvent les accompagner également plus loin, s'il faut.

D'autant plus que la HAS souligne à propos de ce trouble l'importance de la prise en compte des "comorbidités" pour éviter les échecs thérapeutiques coûteux pour les enfants et les familles et que le modèle théorique des thérapies psychodynamiques permet justement d'inclure dans le traitement du trouble celui des troubles associés...

c) En ce qui concerne les troubles du développement intellectuel (étude Inserm 2016)

En l'absence de recommandation de la HAS concernant ce trouble, le ministre se réfère à une étude de 2016 de l'Inserm²⁶. Cette circonstance suffirait déjà à l'écarter, puisque le ministre justifie sa

²⁵ "Une méta-analyse de 2013 incluait 6 essais contrôlés randomisés sur l'efficacité des thérapies cognitives (3 centrées sur le développement de l'attention et 3 sur la mémoire de travail) chez des enfants de 6 à 12 ans avec un TDAH. Un effet positif a été rapporté lors des premières évaluations y compris lorsque l'analyse était restreinte aux trois études avec un traitement pharmacologique absent ou limité. Cependant, cet effet positif était perdu lorsque l'analyse était restreinte aux seuls essais qui respectaient l'insu". Idem, p. 90

²⁶ Expertise collective – déficiences intellectuelles, Inserm, Synthèse et recommandations, 2016, page 29: inserm-ec-2016- deficiencesintellectuelles-synthese.pdf

compétence à imposer les trois méthodes citées sur la volonté du législateur de faire appliquer les recommandations de la HAS. Or les études réalisées par des instituts de recherche ne sont pas des recommandations de la HAS.

Quoi qu'il en soit, rien dans l'extrait cité ni d'ailleurs dans l'ensemble de l'étude ne démontre la plus grande efficacité des méthodes thérapeutiques retenues par l'arrêté sur celles que ce dernier exclut. Et pour cause : les auteurs n'étudient aucunement dans ce texte les approches que le ministre exclut (systémiques ou psychodynamiques) et quant aux méthodes qu'ils étudient ils en indiquent aussi les limites en émettant des avis mitigés.

Quant aux "comportements défis" dont il est question dans le très bref passage cité, il s'agit d'un tout petit point dans la problématique traitée par les auteurs de l'étude, tout autant que dans la problématique des troubles du développement intellectuel et la formulation étant sur ce petit point fortement au conditionnel ("pourraient être la voie la plus prometteuse"), cette référence ne peut absolument pas justifier la position du ministre... Il n'y a rien dans ce rapport qui serait relatif de près ou de loin à l'objet de ce recours.

En conclusion, le ministre ne saurait fonder sur les recommandations de la HAS le choix d'imposer les trois méthodes visées par l'arrêté à l'exclusion, pour nous en tenir aux principales, des approches psychodynamiques et systémiques, car il ne ressort d'aucune de ces recommandations que seules ces trois méthodes seraient recommandées pour la prise en charge des troubles du neuro-développement (TND).

Il peut encore moins le faire en se référant à un prétendu consensus scientifique, national ou international, introuvable.

2.2. Sur le prétendu consensus scientifique national et international quant à l'efficacité des approches thérapeutiques mentionnées.

Le ministre croit pouvoir démontrer l'existence d'un tel consensus en se fondant sur une étude réalisée par l'INSERM en 2004 et en citant quelques études étrangères.

Soulignons d'emblée que le ministre s'éloigne encore un peu plus de ce qu'il soutient être la source de sa compétence pour imposer des méthodes thérapeutiques, à savoir une soi-disante habilitation du législateur pour faire respecter les recommandations de la HAS. Il ne s'agit plus ici de

ces dernières mais d'études réalisées dans le cadre d'instituts de recherche. Si, comme il vient d'être démontré, le ministre ne pouvait justifier le choix de l'imposition de ces méthodes sur les recommandations de la HAS, on ne voit pas comment de telles études pourraient, en tout état de cause, l'habiliter à le faire.

Il convient de préciser en préambule pour bien situer l'argumentation du ministre que les données qu'il présente pour démontrer le supposé consensus scientifique national et international, relèvent pour la plupart du champ spécifique des évaluations quantitatives des thérapies et des programmes (évaluations en condition de laboratoire, administrant souvent des thérapies-placébos aux groupes-de-patients-contrôle et procédant à des analyses statistiques des résultats): "essais randomisés", "essais randomisés contrôlés" et "meta-analyses" (qui étudient plusieurs essais en les mettant en lien). Ces méthodes d'évaluation des psychothérapies ne sont pourtant pas les seules : il existe aussi des méthodes qualitatives et processuelles des thérapies fondées davantage sur la pratique clinique (en milieu naturel, études de cas, études observationnelles, en série, centrés sur le patient etc.)²⁷.

Les requérants ne seraient jamais entrés dans ce domaine technique dans le cadre de ce recours mais le ministre prétendant justifier par les études qu'il mentionne le bien fondé de son choix, il leur paraît nécessaire d'établir, sur le même plan, que ni l'expertise collective de l'INSERM de 2004 (a) ni les études citées par le ministre (b) n'établissent l'existence d'un consensus, national ou international.

²⁷ La communauté scientifique prend aujourd'hui la mesure des limites des évaluations quantitatives (essais randomisés) qui ont été mises en évidence par la "crise de reproductibilité"; elle indique également la pertinence des approches qualitatives qui sont réalisées dans des conditions plus "naturelles", c'est à dire plus proches de la pratique quotidienne des soignants. La France a d'ailleurs développé une expertise au niveau international concernant ce type d'approche.

Sur la crise de la reproductibilité voir :

- Leichsenring, Falk; Abbass et al. (avril 2017). "Les biais dans la recherche: facteurs de risque de non-répliquabilité dans la recherche en psychothérapie et pharmacothérapie", Médecine psychologique 47 (6) : 1000-1011.
- Wampold BE. The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Routledge; 2013.
- Collaboration OS. Estimating the reproducibility of psychological science [online]. Science 2015;349(6551):
- Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies: faits et fictions. Psychol Fr 2013;58:167–75.

a) En ce qui concerne l'expertise collective de l'Inserm de 2004 : une étude très contestée dès sa sortie et aujourd'hui largement dépassée.

Ce rapport s'inscrit parmi les premières tentatives en France de procéder à une évaluation quantitative des psychothérapies mais n'est pas un essai comparatif randomisé ni par conséquent une meta-analyse à proprement parler mais une synthèse effectuée à partir d'études sélectionnées dans la littérature internationale dont la validité n'a pas été vérifiée.

Il est tout d'abord très étonnant de la part d'un ministre soucieux de la légitimation internationale des études de donner une telle importance à une étude qui n'a jamais été citée dans les revues internationales. Pourtant, dans le même paragraphe, lorsque il s'agit de réfuter une étude qui aurait critiqué ce même rapport - dont il soutient que nous nous en prévalons dans notre mémoire alors que nous ne l'avons pas mentionnée - il fait valoir qu'elle n'a pas d'"audience internationale" et souligne que "les résultats significatifs sont toujours publiés dans les revues internationales" (p. 5).

Quoi qu'il en soit, ce rapport de 2004 été très largement critiqué dès sa sortie pour des raisons épistémologiques²⁸ mais aussi sur sa méthodologie, ce qui a d'ailleurs conduit à son retrait du site du ministère de la santé. D'importantes limites et des biais majeurs ont été mis en évidence par de nombreux chercheurs, y compris parmi les membres du comité d'experts ayant participé à son élaboration. Il serait trop long de les présenter ici; nous nous contenterons de citer ce qui nous semble essentiel et qui a été très clairement établi à l'époque par des spécialistes en statistique, à savoir que "si on ne prend en compte que la part fiable de l'expertise, soit l'ensemble des résultats issus de comparaisons directes entre types de thérapie, on ne trouve pas de différence notable entre les types de thérapie cognitivo-comportementales et psychodynamique (les écarts statistiques dépassent rarement le seuil du négligeable)" et que cette étude "ne parvient pas à démontrer la supériorité d'une thérapie sur une autre"²⁹.

²⁸ A titre indicatif : Roger Perron, Bernard Brusset, Clarisse Baruch, Dominique Cupa, Michèle Emmanuelli, Comment évaluer le coût de la souffrance ? *Le Carnet Psy*, 2004 4 n° 90 p. 23-25.

²⁹ – G. Visentini, "Quinze ans après le rapport de l'INSERM, l'efficacité de la psychanalyse ré-évalué", *L'Évolution Psychiatrique*, Volume 86, n° 3, Septembre 2021, Pages 489-506.

Voir aussi à ce sujet : – J-M. Thurin, "Expertise collective Inserm sur les psychothérapies, contexte, déroulement, enseignement et perspectives", *Cliniques méditerranéennes*, 71, 2005, p. 19-40).

– Fishman Georges (sous la dir. de), *Fondements épistémologiques et modèles de validation*, dans *L'Évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux*, Masson, 2009, p. 3-31.

A quasiment vingt ans de distance des controverses et polémiques ayant entouré ce rapport, l'étude très documentée de G. Visentini³⁰ le restitue dans tous ses aspects et dans son contexte historique. Il rend compte ensuite d'un grand nombre d'évaluations quantitatives de psychothérapies, nationales et internationales, réalisées depuis lors, aux méthodologies plus rigoureuses que par le passé, qui invalident les conclusions du rapport de 2004 et qui démontrent la pertinence et l'efficacité des approches psychanalytiques et psychodynamiques.

Comme l'écrit G. Visentini, "La littérature scientifique aujourd'hui très fournie rend compte d'un nombre substantiel d'essais contrôlés randomisés (ECRs) ainsi que de méta-analyses démontrant l'efficacité des thérapies psychodynamiques selon les standards les plus élevés de preuve sur le court terme comme le moyen et le long terme, pour la quasi-totalité des troubles connus"³¹. Dans son ouvrage "L'efficacité de la psychanalyse"³², il fait référence à sept études ayant fait date (nous en citons à titre indicatif quelques unes en note)³³ qui "établissent le fait que les thérapies psychodynamiques sont reconnues par la communauté scientifique internationale comme des thérapies pertinentes et validées scientifiquement" pour tous les troubles. Nous en ajoutons de plus récentes (2020-21)³⁴, ainsi que des études démontrant plus spécifiquement la pertinence et l'efficacité

³⁰ G. Visentini, " Quinze ans après le rapport de l'INSERM, l'efficacité de la psychanalyse ré-évalué ", L'Évolution Psychiatrique, Volume 86, n° 3, Septembre 2021, Pages 489-506.

³¹ Ibid. p. 4.

³² – G. Visentini, L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses, PUF, p. 9

³³ – N. Doidge. Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and psychoanalysis an overview *Psychoanal Inq*, 17 (1997), pp. 102-150.

– L. Luborsky, R. Rosenthal, L. Diguier, P. Tomasz, T. Andrusyna, J. Berman, et al. The Dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clin Psychol Sci Pract*, 9 (1) (2002), pp. 2-12.

– J. Shedler. "The efficacy of psychodynamic psychotherapy", *Am Psychol*, 65 (2) (2010), pp. 98-109.

– A. Gerber, J. Kocsis, B. Milrod, S. Roose, J. Barber, M. Thase, et al. Quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 168 (1) (2011), pp. 19-28.

– P. Fonagy : " The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update ", *World Psychiatry*, 14 (2) (2015), pp. 137-150

³⁴ – Rabeyron T., L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse, L'Évolution Psychiatrique, Volume 86, n° 3, Septembre 2021, Pages 455-488

– Gonon F et Keller P, " L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente ", dans *L'encéphale*, 2020.

– Woll (C) et Schönbrodt F, " A series of meta-analytic tests of the efficacy of long term psychoanalytic psychotherapy ", dans *European Psychologist*, vol. 25/1, 2020, p. 51-72.

– Leichsenring F et Steinert C, " The efficiency of psychodynamic psychotherapy : an up to date review ", dans *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy Evolving Clinical Practice*, , dir. Kealy D. et Pgrondczuk J, Campbrijie (MA), Academic Press, 2019, p. 49-74.

– Lilliengren P. Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions. Research Gate 2019.

– Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry* 2015;2:648–660

de l'approche psychodynamique pour tous les troubles des enfants³⁵, et encore plus précisément, à titre indicatif, dans le champ des troubles du spectre autistique³⁶, des TDAH³⁷ et du trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul)³⁸.

Mentionnons enfin pour conclure deux articles : dans le premier, publié dans le *British Journal of Psychiatry*, Mark Solms indique : "les résultats des thérapies psychanalytiques sont au moins aussi bons, et par certains aspects meilleurs, que les autres thérapies démontrées empiriquement dans le champ de la psychiatrie aujourd'hui" et que "les psychothérapies psychanalytiques mettent en mouvement des processus de changement qui continuent après la fin de la thérapie, alors que les effets des autres formes de thérapies, comme les thérapies cognitivo-comportementales, tendent à décroître"³⁹. Dans le deuxième, publié la même année (2018) dans le

³⁵ – Midgley N, Mortimer R, Cirasola A, Batra P, Kennedy E. The evidence-base for psychodynamic psychotherapy with children and adolescents: A narrative synthesis. *Frontiers in Psychology* 2021;12:1188.

– Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013;52:863–875.

– Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:109–119.

³⁶ – Rabeyron T, Saumon O, Dozsa N, Carasco E, Bonnot O. De la médiation musicothérapique dans la prise en charge des troubles du spectre autistique chez l'enfant: évaluation, processus et modélisation. *La Psychiatrie de l'enfant* 2019;62:147–71.

– Enav, Y., Erhard-Weiss, D., Kopelman, M., Samson, A. C., Mehta, S., Gross, J.J., et al. (2019). A non randomized mentalization intervention for parents of children with autism. *Autism Res.* 12, 2019, 1077–1086.

– Brun A, Brunet L, Cerclet D, Masson A, Ravit M, Tassin J-P, et al. International Health Practices: A Multidisciplinary Approach to Therapeutic Mediations With an Artistic Medium Based on the Model of Play. *Front Psychol* 2020;11.

– Delion P, Labreuche J, Deplanque D, Cohen D, Duhamel A, Lallié C, et al. Therapeutic body wraps (TBW) for treatment of severe injurious behaviour in children with autism spectrum disorder (ASD): A 3-month randomized controlled feasibility study. *PLoS One* 2018;13.

– Reid S, Alvarez A, Polak N, Canagaratnam M. Tavistock Centenary: the Tavistock Autism service over four decades. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2021;35:368–82.

³⁷ – Conway, F. Psychodynamic psychotherapy of ADHD. A review of the literature. (2012) *Psychotherapy*, 49(3), 404–417.

– F Conway, Current research and future directions in psychodynamic treatment of ADHD: Is empathy the missing link? *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2015 - Taylor & Francis

– Gabrielle F. Cione, Lila A. Colbrun et al., Psychodynamic Play Therapy With a Six-Year-Old African American Boy Diagnosed With ADHD *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10:130–143, 2011

– B Salomonsson Psychoanalytic conceptualizations of the internal object in an ADHD child, *Journal of Infant, Child, and Adolescent ...*, 2011 - Taylor & Francis

– Adam Rafalovich, Psychodynamic and Neurological Perspectives on ADHD: Exploring Strategies for Defining a Phenomenon, *Journal for the theory of social behaviour*, 2001

³⁸ Anne Brun, Frédéric Guinard, Une approche psychodynamique des troubles spécifiques des apprentissages, *Nouvelle revue de psychosociologie* 2015/2 (N° 20), pages 77 à 96.

*Lancet Psychiatry*⁴⁰ Jessica Yakeley témoigne du regain d'intérêt pour la psychanalyse en Grande Bretagne qui résulte de ses très bons résultats thérapeutiques, que les médias anglo-saxons ont présenté comme la "revanche de Freud". Cet intérêt est également la conséquence des travaux menés en neuropsychanalyse qui soutiennent la pertinence des modèles théoriques de la psychanalyse et qui montrent que plusieurs hypothèses de Freud avaient largement anticipé certaines avancées des neurosciences.

Contesté et contestable à sa sortie, dépassé aujourd'hui tant dans ses méthodes que dans ses conclusions, qui sont aujourd'hui contredites par les nombreuses études que nous avons citées, l'étude de l'INSERM de 2004 ne peut donc absolument pas établir un quelconque consensus sur la plus grande efficacité des thérapies cognitivo-comportementales.

Il apparaît en revanche, que la littérature scientifique contemporaine soutient abondamment la pertinence et l'efficacité du modèle psychodynamique sur le plan théorique comme sur le plan thérapeutique.

b) En ce qui concerne les autres études citées par le ministre.

Pour démontrer l'existence d'un "consensus scientifique international" sur la plus grande pertinence des thérapies cognitivo-comportementales (le ministre semble avoir renoncé à le démontrer pour la remédiation neuropsychologique et cognitive et ne cite qu'une étude pour la psychoéducation), le ministre cite deux recommandations nord américaines et deux études de méta-analyses. Ces textes portent tous sur les troubles du spectre autistique.

Les requérants tiennent à souligner que ce caractère limité à un trouble est déjà très problématique sur le plan juridique parce qu'à supposer même (et nous montrerons ci-dessous que ce n'est pas le cas) que ces documents puissent établir un consensus sur la plus grande efficacité des thérapies cognitivo-comportementales pour ce trouble, cela ne justifierait pas leur prescription exclusive (à supposer toujours que le ministre ait compétence pour le faire) dans le cadre du parcours de soins coordonnés car, l'arrêté ne concerne pas uniquement la prise en charge de

³⁹ Mark Solms, The scientific standing of Psychoanalysis, British Journal of Psychoanalysis, Volume 15, n° 1, février 2018, p.7.

⁴⁰ Jessica Yakeley, Psychoanalysis in modern mental health practice, Lancet psychiatry 2018; 5 : 443-450

l'autisme mais bien une dizaine d'autres troubles très hétérogènes tant dans leur étiologie que dans leur traitement.

En ce qui concerne les études que le ministre cite (Tiede, Yu et al., ..), il est très important de préciser qu'il s'agit des meta-analyses qui portent exclusivement sur les thérapies cognitivo-comportementales. Les résultats auxquels elles aboutissent et les "preuves" qu'elles apportent, contrairement à ce que peut laisser penser la présentation et les affirmations du ministre, ne s'appliquent que sur les thérapies qu'elles se donnent pour but d'évaluer. Elles ne peuvent de ce fait - et ne prétendent d'ailleurs pas le faire - se prononcer sur les thérapies qui ne font pas partie de cette évaluation (notamment les approches psychodynamiques et systémiques).

Ainsi par exemple, l'étude Yu et al...(2020) se donne pour but de comparer l'Analyse comportementale appliquée (ABA) avec d'autres programmes cognitivo-comportementaux (Denver (ESDM), PECS et DTT). Dans leur conclusion les auteurs indiquent que le petit nombre d'études ayant fait partie de la meta-analyse ne permettent pas de comparer ABA avec les autres programmes cognitivo-comportementaux ; ainsi les résultats de cette étude se limitent à indiquer les 2 domaines où les programmes ABA (comparés à elles-mêmes pour ainsi dire) ont obtenu leurs meilleurs résultats car dans les autres domaines évalués (symptômes autistiques globaux, langage réceptif, comportement adaptatif, compétences dans la vie quotidienne, IQ, IQ verbal, IQ non verbal, comportement restrictif et répétitif, motricité et cognition) aucun résultat positif n'a été trouvé. On comprend bien qu'en aucun cas les bons ou les moins bons résultats des ABA en fonction de domaines évalués ne peuvent démontrer la pertinence ou la non pertinence des thérapies psychodynamiques ou systémiques, qui restent absolument en dehors du champ de cette étude...

Par ailleurs les auteurs de ces études émettent des résultats nuancés dans leurs conclusions. Les différentes limites, hétérogénéités etc. dont ces derniers font état et dont le ministre ne tire pas de conséquences sont pourtant essentielles car elles peuvent impliquer que les résultats statistiques obtenus à partir de ces expériences en laboratoire ne sont pas transposables à la pratique clinique et n'ont donc pas d'effets réels.

A tous égards il n'est pas possible d'en tirer des conclusions sur toutes les méthodes thérapeutiques pour l'ensemble des soins.

En ce qui concerne enfin les références émanant des Centers for disease control and prevention (CDC) et de la Société canadienne de pédiatrie, elles indiquent la guidance parentale

comme une approche pertinente; or, comme nous l'avons déjà développé, la guidance parentale est largement pratiquée au sein des approches psychodynamiques et systémiques; si des programmes listés dans l'annexe par l'arrêté recourent à des dispositifs associant les parents, ils ne sont pas les seuls à les faire..

Par ailleurs, le ministre **se garde bien de citer** les nombreuses études internationales de grande importance dont les conclusions sont défavorables aux approches cognitivo-comportementales. Ces études émettent des critiques sur les résultats faibles voire inexistant, retombant vite après le traitement, ou n'étant pas transposables dans d'autres environnements que le cadre de l'expérience mais aussi sur les évaluations que ces thérapies mettent en place qui ne respectent pas toujours les protocoles :

- Parmi les plus récentes, "Le projet AIM : Meta-analyse d'analyses de jeunes enfants pour des interventions sur l'autisme"⁴¹ est une étude de méta-analyse importante par son ampleur (comparaison de 7 types d'interventions précoces⁴² auprès de 6 240 enfant autistes entre 0 et 8 ans). Les auteurs concluent que quand on contrôle bien les effets en évitant les biais, les approches comportementales ne produisent pas d'effets⁴³.

- L'étude "Interventions intensives précoces basées sur l'analyse comportementale appliquée pour de jeunes enfants avec autisme"⁴⁴ est une méta-analyse réalisée par une équipe de recherche internationale (GB, Israël, Norvège, USA, Australie) "soutenue par un groupe consultatif international" et publiée en 2021 dans la revue *Autism* qui est une des meilleures revues sur l'autisme. Afin d'examiner l'efficacité d'interventions comportementales, les chercheurs ont procédé à un examen indépendant : l'équipe et les consultants n'appartiennent pas aux équipes ayant effectué les études évaluées (ce qui n'est pas toujours le cas dans les évaluations). Les chercheurs en arrivent à une évaluation très critique : très peu d'effet obtenu après deux ans, études menées biaisées, données disponibles sur l'efficacité de ces interventions pas claires; erreurs méthodologiques, groupes impliqués dans la mise en œuvre des interventions entraînant des biais dans l'interprétation des résultats, toutes les études incluses dans la méta-analyse présentant des problèmes liés à la façon

⁴¹ Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Cassidy, M., Dunham, K., Feldman et al. (2020) et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological Bulletin*, 146(1), 1–29.

⁴² Cognitives, développementales, NDBI, TEACCH, basées sur la sensorialité, assistées par l'animal, basées sur les technologies.

⁴³ "Finally, when effect estimation was limited to RCT designs and to outcomes for which there was no risk of detection bias, no intervention types showed significant effects on any outcome". (PsycInfo Database Record (c) 2020 APA)"

⁴⁴ Ark Rogers, Mark Simmonds, David Marshall, Robert Hodgson, Lesley A Stewart, Dheeraj Rai, Kath Wright, Phil Reed, et al. "Intensive behavioural interventions based on applied behaviour analysis for young children with autism : an international collaborative individual participant data meta-analysis", *Autism* 1-17, 2021.

dont elles étaient conçues, etc. (l'intégralité de la conclusion de l'étude est traduite en français en note⁴⁵).

- Citons également, en raison de la renommée internationale de son cadre, l'étude réalisée sous l'égide du réseau international Cochrane, "Interventions comportementales précoces afin d'augmenter les comportements fonctionnels et les compétences des enfants avec des troubles du spectre autistique"⁴⁶. Les conclusions sont claires : le niveau de preuve des approches testées est "bas ou très bas" quant à l'amélioration des compétences des enfants et "aucune preuve sur les symptômes globaux de l'autisme" (l'intégralité de la conclusion en note)⁴⁷.

S'agissant enfin de la psychoéducation, le ministre n'évoque qu'une étude de 2016 (sur le programme PACT) qui est un "essai randomisé simple"⁴⁸ mais ignore une méta-analyse (les méta-analyses étant selon le ministre "la preuve la plus saillante"...), qui est publiée la même année dans la revue la plus renommée sur l'autisme⁴⁹. Ses auteurs ont étudié 19 essais randomisés dans le domaine de la psychoéducation (PACT, TEACCH, etc.) pour des enfants (de 1 à 6 ans) publiés dans les 15 dernières années et ont conduit une méta-analyse sur leurs efficacité. Les conclusions ne sont pas

⁴⁵ « Les interventions intensives précoces basées sur l'analyse comportementale appliquée sont conçues pour soutenir l'apprentissage et le développement des jeunes enfants autistes. Malheureusement, les données disponibles sur l'efficacité de ces interventions ne sont pas claires. Plusieurs revues de littérature se sont concentrées sur les résultats publiés plutôt que de contacter les auteurs pour collecter et analyser les données sur les participants individuels provenant des études originales. De plus, la plupart des études ont été réalisées par des groupes impliqués dans la mise en œuvre des interventions, ce qui peut entraîner un biais dans l'interprétation des résultats. Les résultats suggèrent que les interventions intensives et précoces basées sur l'analyse comportementale appliquée peuvent entraîner des changements dans les capacités cognitives des enfants (quotient intellectuel) et dans leur aptitudes à la vie quotidienne des enfants après 2 ans de suivi par rapport aux traitements standard. Cependant, toutes les études présentaient des problèmes liés à la façon dont elles étaient conçues. En outre, peu d'études ont porté sur les résultats qui ont été décrits comme les plus importants pour les autistes ou ont suivi des enfants au-delà de 2 ans. Nous pensons qu'il est peu probable que d'autres examens systématiques des preuves existantes ajoutent aux conclusions de notre examen. En outre, nous recommandons que les recherches futures étudient quels types de soutien et d'interventions sont les plus efficaces pour les enfants et les familles, en donnant la priorité aux mesures de résultats qui sont significatives pour la communauté de l'autisme et qui incluent, dans la mesure du possible, un suivi à plus long terme. »

⁴⁶ Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. "Early intensive behavioral intervention for increasing functional behaviors and skills in young children with autism spectrum disorders (ASD).", 2018

⁴⁷ "There is weak evidence that EIBI may be an effective behavioral treatment for some children with ASD; the strength of the evidence in this review is limited because it mostly comes from small studies that are not of the optimum design. Due to the inclusion of non-randomized studies, there is a high risk of bias and we rated the overall quality of evidence as 'low' or 'very low' using the GRADE system, meaning further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate (...). Additional studies using rigorous research designs are needed to make stronger conclusions about the effects of EIBI for children with ASD".

⁴⁸ Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., Gammer, I., Lowry, et al. "Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT) : Long-term follow-up of a randomised controlled trial" (2016) *The Lancet*, 388 (10059)

⁴⁹ Rose E Nevill, Luc Lecavalier and Elisabet A Stratis, Meta-analysis of parent-mediated interventions for children with autism spectrum disorder, *Autism*, 15 novembre 2016

bonnes : les effets des programmes de psychoéducation sont faibles ; les études étudiées sont affectées par un manque de données ne permettant pas d'en tirer des résultats fiables⁵⁰.

Force est de constater que les thérapies cognitivo-comportementales et de la psychoéducation ne font pas l'objet du consensus international dont se prévaut le ministre...

En conclusion :

- Il ne ressort ni des recommandations de la HAS ni d'aucun "consensus scientifique international" que les trois méthodes citées et leurs programmes d'intervention annexés seraient les seules bonnes pratiques, à l'exclusion de toutes les autres.

- Et il n'appartient pas plus aux ministres qu'au Conseil d'Etat de décider, à l'occasion d'un arrêté dont ce n'est pas l'objet, quelle est la thérapie la mieux adaptée de manière générale ou à tel ou tel trouble mais encore plus pour un ensemble de troubles hétérogènes avec des profils d'enfant et des situations cliniques qui le sont tout autant. Non seulement parce que ce n'est pas leur mission, mais surtout parce que c'est impossible, en l'état des connaissances scientifiques et dès lors que, nous citons encore le ministre, "l'étiologie présumée pour les troubles neuro-développementaux est complexe et pour beaucoup d'individus, elle est inconnue" (note 1 mémoire en défense).

- Contrairement au ministre, les requérants alors même qu'ils ont de sérieux doutes sur la pertinence de certains des instruments listés et, surtout, sur l'insistance de l'administration à vouloir les imposer, ne contestent pas que les trois méthodes mentionnées peuvent être utiles. Simplement, ils n'entendent pas "succomber à la mode des neurosciences" et du "tout cognitif ou neuro-développemental", qui découle bien souvent d'une perspective réductionniste du fonctionnement psychique: "la psychodynamiques, les neurosciences et les sciences cognitives sont des approches complémentaires au regard du développement de l'enfant"⁵¹. Les requérants contestent ainsi l'exclusion à laquelle aboutit cet arrêté et le choix délibéré du ministre de priver les enfants de méthodes thérapeutiques qui s'appuient sur une conceptualisation théorique solide, qui font partie intégrante des formations universitaires de psychologie et qui sont pratiquées depuis des décennies au sein de la pédopsychiatrie publique, des structures médico-sociales et par les professionnels

⁵⁰ "Quality of evidence was rated as moderate for autism spectrum disorder symptom severity, communication-language, and cognition, and very low for socialization" "Outcomes were not significantly different based on dose of treatment. Comparing parent training to treatment-as-usual did not result in significantly different treatment effects than when parent training was compared to an active comparison group. Based on parent report only, treatment effects were significant for communication-language and non-significant for socialization, yet the opposite was found based on clinician-rated tools. This meta-analysis suggests that while most outcome domains of parent-delivered intervention are associated with small effects, the quality of research is improving".

⁵¹ T. Rabeyron, article précité, p. 26

libéraux. Pour le dire autrement, ils ne conçoivent pas leur pratique sans prise en compte de la complexité de la clinique, laquelle implique le recours à un ensemble d'approches.

II. Sur les arguments du ministre sur les moyens

1. Sur la légalité externe

Les requérants ne discutent évidemment pas les compétences des ministres des solidarités et de la santé et de l'économie, des finances et de la relance au regard de leurs attributions générales (décrets de 2017 et de 2020) mais de leur compétence pour imposer par voie réglementaire aux psychologues intervenant dans le parcours de soins mis en place par l'article L. 2135-1 du code de la santé publique de mettre en œuvre certaines méthodes particulières et de déterminer le contenu du soin psychologique.

L'arrêté étant pris pour l'application de l'article R. 2135-2 du CSP qui n'habilite les ministres qu'à définir l'expertise spécifique des psychologues, leur pouvoir réglementaire est, sur ce point, limité à cela.

Or, comme le reconnaît le ministre lui-même, **la prescription d'approches thérapeutiques ne fait pas partie de la définition de l'expertise spécifique.**

Par ailleurs, comme il a été démontré ci-dessus, la loi n'a conféré aucune compétence aux ministres signataires pour imposer, y compris pour l'intervention des psychologues dans le parcours de soins qu'elle institue, des recommandations de la HAS qui, au surplus, comme il a été également démontré, ne recommandent pas spécialement ces trois méthodes pour le traitement des troubles concernés.

Les requérants n'ont jamais soutenu que l'arrêté aurait "pour objet de définir de manière limitative les actes que les psychologues seraient autorisés ou interdits d'effectuer de manière générale et absolue" (p. 8) mais ils contestent que les ministres puissent compétemment et légalement le faire dans le cadre particulier du parcours de soins coordonné par la plateforme de coordination et d'orientation. Ils ont démontré que l'article L. 2135-1 du CSP n'imposait pas qu'ils le fassent et qu'il est faux d'écrire comme le fait le ministre que les "bonnes pratiques professionnelles entendues comme les recommandations de la HAS et les programmes conformes à l'état actualisé des connaissances qui visent à ce jour les trois approches thérapeutiques contestées".

Rien ne justifie en effet que les parents qui souhaitent bénéficier du parcours de soins public pour leur enfant fassent les frais de l'orientation idéologique du ministère des solidarités et de la santé et soient privés de la diversité d'approches qui fait la richesse d'une science humaine.

2. Sur la légalité interne

2.1. Exception d'illégalité de l'article R. 2135-1 CSP

Les requérants maintiennent que si la définition de l'expertise spécifique prévue par l'article R. 2135-2 devait s'entendre comme permettant aux ministres de la santé et de l'économie de réserver la participation aux PCO aux psychologues utilisant certaines méthodes thérapeutiques nécessitant une formation spécifique et le plus souvent payante, cette disposition serait à la fois contraire à la loi et porterait une atteinte injustifiée au principe d'égalité.

Elle serait contraire à l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, qui dispose que *"L'usage professionnel du titre de psychologue, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie préparant à la vie professionnelle et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent aux diplômes nationaux exigés"* puisqu'elle établirait une condition supplémentaire pour exercer la profession de psychologue, qui plus est dans le cadre d'un parcours de soins publics.

Et ce titre suffit à permettre aux psychologues d'utiliser le titre de psychothérapeute, sans avoir à justifier d'une formation spécifique, qui n'est exigée que des personnes qui ne sont ni psychiatres ni psychologues (décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, dans sa rédaction issue du décret du 7 mai 2012).

On peut à cet égard relever que la plupart des "programmes d'intervention" listés en annexe comme étant les outils pour la mise en œuvre des trois méthodes thérapeutiques visées à l'article 2 de l'arrêté sont des programmes éducatifs, élaborés par des associations ou structures privées, qui commercialisent la formation qu'elles dispensent, en général courtes et pouvant se résumer pour certains en l'envoi d'un manuel par courrier. Ils sont destinés à toute personne ou professionnel intéressé (parents, éducateurs, enseignants, orthophonistes) plutôt qu'aux psychologues et leur mise en œuvre n'exige absolument aucun diplôme préalable.

Les auteurs de l'arrêté semblent ainsi chercher à réintroduire subrepticement et en violation de la loi une exigence de formation complémentaire pour les psychologues pour leur permettre d'exercer leur profession dans leur dans le cadre du parcours de soins.

Cette condition instituerait entre les psychologues qui remplissent les conditions légales pour exercer leur profession une différence de traitement que rien, comme il a été amplement démontré, ne justifie.

2.2. Sur la méconnaissance de l'article R 2135-2 CSP

Comme il a été démontré à plusieurs reprises, ni l'article R. 2135-2, ni l'article L. 2135-1 pour l'application duquel il est pris, ne donne aucunement compétence aux ministres signataires pour imposer l'utilisation de certaines méthodes thérapeutiques dans le cadre du parcours de soins.

2.3. Sur la méconnaissance des principes fondamentaux du droit de la santé, de la pratique et de la déontologie des psychologues.

a) Sur la liberté des patients de choisir leur praticien

S'agissant de l'atteinte au libre choix des patients de leur praticien et donc de la méthode thérapeutique mise en oeuvre, le ministre soutient "qu'il doit être mis en balance avec les exigences de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant et l'objectif de protection de santé publique" et qu'en imposant certaines méthodes "au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS", il poursuivrait le double objectif de protection de santé publique et de l'intérêt supérieur des enfants.

Or les requérants ont démontré qu'il ne ressortait d'aucune des recommandations de la HAS que les méthodes sélectionnées par l'arrêté seraient plus efficaces que d'autres pour traiter tous les troubles concernés ou certains d'entre eux, y compris sur le court terme.

Le ministre indique ensuite que le droit du malade au libre choix de son praticien connaît des limitations. Les requérants ne contestent pas cela; encore faudrait-il que cette limitation soit fondée. Or les critères que le ministre avance, "recours aux méthodes reconnues", qui "ont fait leur preuves" et qui sont "conformes aux connaissances scientifiques" ne permettent pas, comme nous l'avons vu,

d'exclure les méthodes psychodynamiques et systémiques qui remplissent amplement ces conditions: aucun de ces arguments ne justifie donc la limitation ainsi apportée au choix des méthodes thérapeutiques.

A notre grand étonnement, le ministre affirme ensuite que "les familles recourant à des psychologues libéraux ayant fait le libre choix de contractualiser, sont en droit de bénéficier des mêmes garanties que celles mises en œuvre au sein des structures médico-sociales". (p. 10)

Les requérants souscrivent pleinement à cette affirmation et c'est précisément parce que les familles ont droit aux "mêmes garanties" qu'elles doivent bénéficier, dans le cadre des PCO, de la pluralité des approches thérapeutiques mises en œuvre au sein des structures médico-sociales. Apparemment, le ministre l'ignore. Comment expliquer autrement qu'il avance un tel argument pour justifier l'exclusion des approches psychodynamiques et systémiques qui ont au contraire une place prépondérante au sein de ces structures?

Orienter le soin psychologique exclusivement sur les théories de l'apprentissage (conditionnement) et sur les schémas cognitifs qui influeraient sur les stratégies individuelles d'adaptation de l'enfant alors qu'il s'agit de prendre en compte l'ensemble de son développement, sa vie psychique, ses affects, ses représentations et son monde interne, peut être un choix très périlleux et coûteux pour les enfants et les familles.

Il ne faudrait pas, en effet, perdre de vue qu'il s'agit de troubles complexes qui peuvent être ou devenir graves et que la fin de la prise en charge par les PCO ne correspondra pas forcément à la fin des soins pour un certain nombre d'enfants, surtout si le traitement est restreint dès sa conception. Les parents devraient alors, au bout de deux ans, chercher des structures relais où leurs enfants bénéficieraient enfin d'un soin psychologique riche, réfléchi et élaboré comme ça se pratique partout ailleurs et qui traite leurs troubles dans toutes leurs dimensions. Les PCO auront ainsi fait perdre à ces enfants un "temps précieux", des moyens et des "chances réelles" en s'inscrivant plutôt en rupture qu'en continuité avec les soins qui vont suivre. Or, comme chacun d'entre nous le sait très bien la "continuité dans les soins", préoccupation fondamentale, conditionne souvent leurs succès.

Il n'y a pourtant aucune nécessité de réduire ainsi pendant un ou deux ans l'offre thérapeutique. Comme nous l'avons vu, la durée de la prise en charge des enfants par les PCO n'est absolument pas incompatible avec le maintien de la pluralité des approches, seule à même d'assurer la qualité du soin et la pérennité des résultats pour les enfants qu'on nous confierait...

b) Sur la méconnaissance de l'autonomie professionnelle et de la nature du soin psychologique.

La limitation unilatérale des méthodes thérapeutiques, y compris dans le seul cadre d'un parcours de soins public, sans aucune justification, est une atteinte à l'autonomie professionnelle des praticiens.

Les requérants n'ignorent pas que le code de déontologie des psychologues n'a pas de valeur normative et que les psychologues concernés par l'arrêté ne sont pas titulaires. Ils ont cité ces textes parce qu'ils expriment le principe plus général, qu'a d'ailleurs reconnu le Conseil d'Etat dans sa décision précitée du 23 décembre 2020, que le praticien doit "rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient", ce que lui interdit de faire l'arrêté en l'obligeant à ne recourir qu'à trois méthodes spécifiques, alors même qu'il serait convaincu qu'une autre des méthodes couramment pratiquées, enseignées et scientifiquement validées serait plus appropriée à la personne du jeune patient⁵².

Déterminer le type de traitement est un processus complexe qui s'appuie sur une analyse au cas par cas d'un certain nombre de paramètres (éléments cliniques, psychopathologiques, phénoménologiques, contexte, évaluation de la demande et des attentes de la famille, rythmes, pronostics, différentes limites et contingences, contraintes imprévues, etc.) et qui ne peut pas être extérieur au traitement car il en fait partie et est re-évalué tout au long du processus. Le professionnel qui a une formation et une expérience en psychopathologie et en psychologie clinique et qui reçoit et écoute l'enfant et ses parents est à même d'indiquer la ou les dispositifs thérapeutiques qui seront pour chaque situation les mieux appropriés et de garantir le cadre dans lequel ceux-ci seront proposés et discutés avec les familles ; il fera appel parfois à ses pairs pour mieux réfléchir sur telle ou telle indication thérapeutique, l'affiner, l'adapter ou la modifier. On voit bien que décider et fixer ainsi par arrêté le contenu du soin relève d'une méconnaissance de la pratique clinique.

Et c'est précisément l'impératif de pertinence des soins dont le ministre se prévaut (p. 7, p. 10) qui aurait dû l'empêcher de le faire ! Selon la HAS, "l'individualité du patient concerné" et "la disponibilité des ressources de santé" sont les deux dimensions primordiales de la définition de la

⁵² Dans le même esprit, ils peuvent également citer le décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière qui évoque pour ces psychologues "une démarche professionnelle propre", leur métier ne faisant pas partie des professions médicales ni paramédicales. L'autonomie dans le choix de leur formation est également garantie. L'annexe : Fiche "psychologues" du Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière rappelle également l'autonomie de leur travail.

pertinence des soins⁵³. Elle indique également que le soin pertinent relève d'un "choix" effectué "dans une situation clinique donnée".

C'est ainsi à rebours de l'impératif de la pertinence des soins que le ministre s'inscrit puisqu'il empêche très précisément le praticien, en l'occurrence le psychologue, d'évaluer le "bénéfice" ou les risques de son choix, comme la HAS le recommande, "au regard de thérapies disponibles et appropriés", "dans une situation clinique donnée", pour "le patient concerné".

En se substituant ainsi au praticien dans la détermination de ses "actes", les auteurs de l'arrêté attaqué portent atteinte à l'autonomie du psychologue et par là-même à l'intérêt supérieur de l'enfant qui se trouve dès lors privé de soins conçus en fonction de son "individualité" et de la situation dans laquelle il se trouve, comme il se doit.

Privé de son discernement propre, invalidé dans le cœur même de son acte et écarté de ses ressources plurielles, le psychologue se voit transformé dans le cadre des PCO en un simple prestataire de soins prêts à l'emploi concrétisés par les outils et programmes de l'annexe de l'arrêté. Comment peut-on en effet fonder l'expertise des psychologues sur des outils - car il n'a échappé à personne que c'est-là où l'arrêté conduit inmanquablement – dont l'usage ne requiert pas la moindre qualification préalable en psychologie ?

Il est surprenant, pour ne pas dire davantage, de lire sous la plume d'un ministre une telle ignorance de la pratique complexe et exigeante des milliers de psychologues qui en France, en institution comme en libéral, prennent quotidiennement en charge les troubles des enfants en mobilisant les ressources des différentes approches que plus d'un siècle de clinique, de recherches et d'enseignement n'ont cessé d'enrichir.

C'est du mépris et de l'inquiétude sur l'avenir des soins psychiques en France qu'ont ressenti les très nombreux psychologues cliniciens, psychologues des services médico-sociaux, psychologues de la fonction publique hospitalière, neuropsychologues, psychologues scolaires, psychologues de

⁵³ "...deux dimensions importantes à la définition de la pertinence des soins : l'individualité du patient concerné et la disponibilité des ressources de santé". Suit ici la phrase citée par le ministre : "pertinent pour un soin, signifie qu'il a été choisi parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné" ("Quelles définitions pour la pertinence des actes ?" HAS, 2013); "La pertinence (appropriateness en anglais) correspond à l'idée que le bénéfice attendu d'un acte pour la santé est largement supérieur aux risques, ce qui justifie de réaliser cette procédure plutôt que d'autres alternatives pour une situation clinique donnée". (Outils "Pertinence des soins" pour l'amélioration des pratiques, HAS, 8 mars 2013)

crèches, pédopsychiatres, psychiatres, orthophonistes, psychomotriciens qui se sont mobilisés⁵⁴ massivement contre cet arrêté qui affecte le cœur même de leur métier à tous.

2.4. Sur l'erreur manifeste d'appréciation

Le ministre affirme de nouveau que "d'après les recommandations de la HAS et au regard du consensus scientifique international, les trois approches thérapeutiques visées dans l'arrêté contesté apparaissent les plus efficaces et c'est donc en toute légitimité que le législateur, puis le pouvoir réglementaire ont opéré ce choix". Il a été précisément et largement démontré ci-dessus que ni le législateur ni le décret n'avaient opéré ce choix, qui ne peut s'appuyer sur aucune recommandation de la HAS et que les ministres signataires de l'arrêté n'avaient aucune compétence pour faire.

Quant au consensus scientifique international, nous nous contentons de rappeler ici que depuis une vingtaine d'années les études d'évaluation clinique quantitatives et qualitatives confirment l'efficacité des thérapies psychodynamiques au plus haut niveau de preuve. Les méta-analyses ne mettent pas en évidence une supériorité des thérapies cognitivo-comportementales sur les thérapies psychodynamiques. Les thérapies cognitivo-comportementales ne sont pas plus efficaces sur le court terme ou le long terme que les thérapies psychodynamiques.

Mais au-delà de ces évaluations, les apports théoriques et thérapeutiques très riches des approches psychodynamiques, systémiques dont on ne trouve aucun trace dans l'arrêté guident les

⁵⁴ Quelques réactions à titre indicatif :

- "Mise en cause de la pluralité des approches en psychologie", communiqué de la Société française de psychologie, 28/4/2021.
- "Est ce que c'est le rôle de l'Etat de prescrire les modalités de soins psychiques ?", Communiqué de presse, l'Union syndicale de la psychiatrie, 1/5/2021.
- "Plateforme TND : "Un dispositif enfermant et réducteur pour la prise en charge des enfants. Une opposition ferme et explicite à l'arrêté du 10 mars 2021" Communiqué, SNP, 9/4/2021
- "Plateformes TND : Les psychologues préfèrent les nuances et la pluralité", Fédération française de psychologues et de psychologie, 25/4/21
- "La vraie folie c'est quand la raison pense qu'elle a raison", Communiqué du collectif national Inter-collège les psychologues hospitaliers.
- "Pourquoi les psychologues manifestent", Editorial, Enfances psy 2021/2 (n°90), pages 6-9 par Grégory Voix, psychologue)
- "Pourquoi la casse du métier de psychologue clinicien est un enjeu démocratique", 1/1/22 (par Roland Gori, professeur de psychologie clinique et psychopathologique)
- "Arrêtons l'arrêté". Forum jeudi 27 mars 2021 (Journée de rassemblement avec de nombreuses interventions : psychiatres, psychologues, chercheurs en psychologie, médecins, orthophonistes..)
- "Arrêtons l'arrêté", Pétition, 5000 signatures.

stratégies de soins en matière d'enfance et de petite enfance des structures médico-sociales depuis leur création ; ces approches ont su s'adapter aux évolutions sociétales et épidémiologiques, s'enrichir entre elles ainsi que d'autres sciences et développer des dispositifs et des techniques thérapeutiques dynamiques et créatives, éprouvées, fiables et efficaces.

Aux antipodes des querelles de chapelles et de méthodes dans lesquelles le ministre veut nous conduire, le consensus international plaide aujourd'hui pour la pluralité des approches dans la stratégie des soins. C'est la rigueur scientifique et la responsabilité avec laquelle nous devons aborder les troubles et la souffrance de l'enfant qui l'imposent.

Des chercheurs en génétique et en neurobiologie de renommée internationale nous mettent en garde⁵⁵ contre les idéalizations massives de neurosciences dans les soins psychiques. Outre les requérants des différents recours contre cet arrêté, plusieurs associations de psychologues, psychiatres, chercheurs et enseignants en psychologie clinique et psychopathologie etc. ont attiré l'attention sur l'absence de fondement scientifique de l'exclusion d'un certain nombre d'approches du dispositif des PCO⁵⁶.

Les requérants s'étonnent d'ailleurs que le ministre écrive que "l'approche psychanalytique des TSA et d'autres TND qu'appellent de leurs vœux les requérants", alors que précisément ils n'appellent pas de leurs vœux une approche mais au contraire le maintien de la diversité des approches, psychodynamiques, systémiques, cognitivo-comportementales, pour ne citer que les principales, pour toute intervention d'un psychologue, y compris - et peut-être même surtout - lorsqu'elle prend place dans un dispositif de prise en charge coordonné, financé par l'assurance

⁵⁵ Henri Atlan, Jaques Testart, Catherine Vidal, "Halte aux fake news génétiques", le Monde, 25 avril 2018. Les auteurs alertent sur "l'instrumentalisation pseudo-scientifique" de données issues de la biologie et des neurosciences "conduisant à en déduire des valeurs psychologiques".

⁵⁶ – Anne Delègue, Présupposés étiologiques et étiquetages diagnostiques : de la prudence nécessaire en pédopsychiatrie, L'information psychiatrique 2013/7 (Volume 89)
– Anne Delègue, "Plateformes pour enfants présentant des "troubles du neuro-développement": réponse couteuse illusoire et préoccupante", Appel des appels.
– Anne Delègue, "Les nouvelles plateformes pour enfants "TSA/TND" sont-elles si inoffensives ?" Mediapart, 11 Juin 2021.
– Emile Rafowicz et Louis Sciara, (psychiatres, Médecins directeurs de CMPP) : "Non, les enfants ne sont pas que des machines cérébrales". Tribune, Libération, 15 février 2018 (par).
– Pierre Delion (psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier), "Cri d'agonie de la psychiatrie", Libération, 14 avril 2021.
– Monique Lauret, psychiatre, dr. François Morel, psychiatre, Professeur des universités, Gerard Pommier, professeur des universités, Jean-Jacques Tyzler, psychiatre, médecin directeur du CMPP de la MGEN Paris : Lettre au conseil de l'ordre des médecins par quatre psychiatres de la FEP..

maladie et qu'elle s'adresse donc à tous les enfants et leurs familles, quelles que soient leurs ressources.

Les requérants maintiennent donc de plus fort que les ministres des solidarités et de la santé et de l'économie, des finances et de la relance n'étaient pas compétents et ne pouvaient, sans méconnaître les dispositions de l'article R. 2135-2 du code de la santé publique, la liberté de choix des méthodes thérapeutiques et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, imposer aux psychologues appelés à réaliser des interventions précoces dans le cadre du dispositif mis en place par la loi de 2018 de ne pratiquer que des thérapies fondées sur trois méthodes et, en conséquence, de maîtriser les "outils" correspondant à ces méthodes, mentionnés en annexe et, probablement, de justifier d'une formation complémentaire dans la pratique de ces outils pour ceux d'entre eux - la plupart - qui ne l'auraient pas déjà.

A cet égard, les approches et thérapies mentionnées à l'article 2 et les dispositions de l'annexe relatives aux outils et formations sont indissociablement liées, de sorte que si, s'agissant des outils, la liste donnée n'est pas limitative, il n'en va pas de même des méthodes thérapeutiques, qui ne peuvent être que les trois mentionnées à l'article 2. Il ne s'agit donc pas d'une mention indicative, dont le caractère très limité serait par lui-même problématique, mais bien, ainsi que cela ressort très clairement du mémoire en défense du ministre, d'un choix assumé de ne proposer aux enfants et à leurs parents, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, que des "thérapies cognitivo-comportementales, de la remédiation neuropsychologique et cognitive et de la psychoéducation", **à l'exclusion des autres approches et méthodes notamment, parmi les plus couramment pratiquées actuellement dans le domaine de l'enfance, psychodynamiques et systémiques.**

PAR CES MOTIFS et tous autres à produire, les associations et le syndicat requérants persistent dans leurs précédentes conclusions.

Pour le Collège des psychologues de l'Arise et les autres requérants,

Evi STIVAKTAKI