

Recours en annulation

A Messieurs les Présidents et
Mesdames et Messieurs les
Juges de la Cour constitutionnelle
Place Royale, 7
1000 Bruxelles

-
- POUR :**
1. l'association sans but lucratif **ALTER PSY**, inscrite à la BCE sous le numéro 0668.783.722, représentée par son conseil d'administration, dont le siège est établi à 1180 Uccle, rue des Bigarreux 24,
 2. [REDACTED] psychothérapeute, [REDACTED]
[REDACTED] 1030 Bruxelles,
 3. [REDACTED] psychothérapie inscrite à la BCE sous le
[REDACTED] 9030 Mariakerke,
 4. [REDACTED] licenciée en psychologie clinique,
psychothérapeute [REDACTED]
[REDACTED] 190 Forest,
 5. [REDACTED] psychothérapeute [REDACTED]
[REDACTED] 2140 Borgerhout,
 6. [REDACTED] licenciée en kinésithérapie,
psychothérapeute [REDACTED]
[REDACTED] 360 Orbais,
 7. [REDACTED] psychothérapeute [REDACTED]
[REDACTED] 2500 Lier,
 8. [REDACTED] psychothérapeute [REDACTED]
[REDACTED] 2600 Berchem-
Antwerpen,

9. [redacted] psychothérapeute [redacted]
[redacted] 2300 Turnhout,
10. [redacted] licenciée en psychologie clinique,
psychothérapeute [redacted]
[redacted] 9000 Gent,
11. [redacted] licenciée en psychologie clinique,
psychothérapeute [redacted], 2630 Aartselaar,
12. [redacted] psychothérapeute,
[redacted] 2018 Anvers,
13. [redacted] psychothérapeute, [redacted] 2970
Schilde,
14. [redacted] psychothérapeute, [redacted]
[redacted] 9000 Gent,
15. [redacted] psychothérapeute, [redacted]
[redacted] 8900 Ypres,
16. [redacted] psychothérapeute [redacted]
[redacted] 9000 Gent,
17. [redacted] psychothérapeute [redacted]
[redacted] 650 Edegem,
18. [redacted] psychothérapeute [redacted]
[redacted] 8800 Roeselare,
19. [redacted] psychothérapeute, [redacted]
[redacted] 2100 Deurne,
20. [redacted] psychothérapeute, inscrite à la BCE sous le
[redacted] 2980 Zoersel,
21. [redacted] psychothérapeute, inscrit à la BCE sous
le n° [redacted] 3500 Kortrijk,
22. [redacted] psychothérapeute, inscrite à la
[redacted] [redacted] 8908 Ypres,
23. [redacted], psychothérapeute, [redacted]
[redacted] 1180 Uccle,

24. [REDACTED] 1050
Ixelles,

25. [REDACTED] 1410
Waterloo,

26. [REDACTED] 1340
Ottignies,

requérants, ayant pour conseil Me **Vincent LETELLIER**, avocat à 1060 Bruxelles, rue Defacqz, 78-80, bte 2, où il est fait élection de domicile,

CONTRE : le **CONSEIL DES MINISTRES**, représenté par le Premier Ministre, dont le cabinet est établi rue de la Loi, 16, à 1000 Bruxelles,

Par le présent recours, les requérants sollicitent l'annulation des articles 11 et 12 de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part (*Monit.*, 29 juillet 2016, pièce 1).

I. LES FAITS, LE CONTEXTE D'ADOPTION, LA PORTEE DE LA LOI ATTAQUEE ET RETROACTES

1. Jusqu'à l'adoption de la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, l'exercice de la psychothérapie n'était pas réglementé (A). Seul le port du titre de psychologue l'était¹.

La première réglementation de l'exercice de la psychothérapie devait, conformément à son article 51, entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2016.

¹ Par la loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue.

Les options prises par cette première réglementation de l'exercice de la psychothérapie ont toutefois été abandonnées, avant la date prévue pour son entrée en vigueur, par l'adoption de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 *réglémentant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part (B)*, dont les requérants postulent l'annulation partielle.

A. la loi du 4 avril 2014

2. La loi du 4 avril 2014, adoptée au terme d'un long travail ayant impliqué les différents acteurs du secteur, se caractérisait par un double objet.

2.1. Tout d'abord, elle consacrait la reconnaissance de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique en tant que professions des soins de santé au sens de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, en insérant, dans cet arrêté royal, un chapitre relatif à « *l'exercice de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique* ».

En substance, la loi du 4 avril 2014 définissait la psychologie clinique² et en réservait l'exercice aux titulaires d'un agrément délivré par le ministre de la santé. Aux termes de la loi, cet agrément n'aurait pu être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire dans le domaine de la psychologie clinique, sanctionnant une formation qui, dans le cadre d'un enseignement de plein exercice, compte au moins cinq années d'études ou 300 crédits ECTS, en ce compris un stage dans le domaine de la psychologie clinique. La loi assimilait toutefois au porteur du diplôme requis dans le domaine de la psychologie clinique, les personnes porteuses d'un diplôme d'enseignement universitaire dans le domaine de la psychologie délivré avant l'entrée en vigueur de la loi et pouvant justifier d'une expérience professionnelle de minimum trois ans dans le domaine de la psychologie clinique.

Il appartenait au Roi d'établir les conditions supplémentaires, en particulier les matières qui aurait dû avoir été assimilées et les stages qui auraient dû avoir été effectués pour obtenir l'agrément en psychologie clinique.

De la même manière, la loi du 4 avril 2014 définissait l'orthopédagogie clinique³ et en réservait l'exercice aux titulaires d'un agrément qui aurait dû être délivré par le ministre de la santé dans le respect des conditions à déterminer par le Roi, la loi réservant toutefois

² A savoir, l'accomplissement habituel d'actes autonomes ayant pour objet ou présentés comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain et dans le cadre de référence scientifiquement étayé de psychologie clinique, la prévention, l'examen, le dépistage ou l'établissement du psychodiagnostic de souffrances psychiques ou psychosomatiques, réelles ou supposées, et la prise en charge ou le soutien de cette personne.

³ Comme l'accomplissement habituel, dans un cadre de référence scientifique de l'orthopédagogie clinique, d'actes autonomes qui ont pour but la prévention, l'examen et le dépistage des problèmes éducatifs, comportementaux, de développement ou d'apprentissage chez des personnes et la prise en charge ou l'accompagnement de ces personnes.

l'agrément aux seuls porteurs d'un diplôme d'enseignement universitaire dans le domaine de l'orthopédagogie clinique, sanctionnant une formation qui, dans le cadre d'un enseignement de plein exercice, compte au moins cinq années d'études ou 300 crédits ECTS, en ce compris un stage dans le domaine de l'orthopédagogie clinique.

Les dispositions régissant l'exercice de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie ont été intégrées sous les articles 68/1 à 68/4 de la loi coordonnée, le 10 mai 2015, relative à l'exercice des professions des soins de santé.

2.2. Dans son second volet, la loi de 2014 visait à encadrer l'exercice de la psychothérapie.

L'option suivie par le législateur fut de ne pas consacrer la psychothérapie au rang de profession de santé à part entière, à l'inverse de la psychologie clinique, mais de l'envisager comme des « *techniques pouvant être utilisées par un large champ de praticiens, pour autant que ceux-ci soient spécifiquement formés et habilités à cet effet* »⁴.

Ainsi, l'article 35, § 1^{er} de la loi du 4 avril 2014 définissait l'exercice de la psychothérapie comme l'« *accomplissement habituel d'actes autonomes ayant pour objet ou présentés comme ayant pour objet, dans le but d'éliminer ou d'alléger les difficultés, les conflits ou les troubles psychiques d'un individu, l'accomplissement d'interventions psychothérapeutiques basées sur un cadre de référence psychothérapeutique, à l'égard de cet individu ou d'un groupe d'individus, considérés comme un système à part entière, dont fait partie cet individu* ».

La loi reconnaissait quatre cadres de références, dans lesquels devaient s'inscrire toute intervention psychothérapeutique, à savoir :

- i) l'orientation psychanalytique et psychodynamique,
- ii) l'orientation comportementale et cognitive,
- iii) l'orientation systémique et familiale et
- iv) l'orientation humaniste centrée sur la personne et expérientielle,

tout en habilitant le Roi, sur avis de du Conseil fédéral de la psychologie, à définir d'autres orientations psychothérapeutiques.

L'on relèvera que l'exercice de la psychanalyse n'entraîne pas dans le champ d'application de la loi du 4 avril 2014⁵ dès lors que « [c]ette pratique institue avec le patient un trajet

⁴ Proposition de loi règlementant les professions de la santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, commentaire des articles, *sub.* art. 31, DOC 53-3243/001, p. 12.

⁵ *Idem*, commentaire des articles, *sub.* Art. 31, p. 12.

personnel de meilleure connaissance de soi [et qu']elle ne s'identifie pas à la psychothérapie »⁶. Un amendement visant à inclure la psychanalyse a d'ailleurs été rejeté⁷.

L'article 34 de la même loi soumettait l'exercice de la psychothérapie et le port du titre de psychothérapeute à l'obtention d'une habilitation octroyée par le Conseil fédéral de la psychothérapie dans le respect des conditions qui devaient être définies par le Roi concernant notamment :

- 1° les matières qui auraient dû avoir été assimilées ;
- 2° les stages qui auraient dû avoir été suivis ;
- 3° la formation continue ;
- 4° la pratique.

L'article 38 de la loi imposait des conditions de diplôme et de formation, dans les termes suivants :

« § 1^{er}. *L'habilitation à la psychothérapie ne peut être octroyée qu'au praticien qui rencontre les conditions cumulatives suivantes :*

1° être porteur, au minimum, d'un diplôme de premier cycle d'enseignement supérieur dans le domaine des professions de santé, de la psychologie, des sciences de l'éducation ou des sciences sociales, sanctionnant une formation qui compte au moins trois années d'études ou 180 crédits ECTS ;

2° être formé, auprès d'une institution universitaire ou d'une haute école, aux notions de base de la psychologie ;

3° avoir suivi une formation spécifique à la psychothérapie qui compte au moins 70 crédits ECTS répartis sur quatre années de formation.

§ 2. Les notions de base de la psychologie visées au § 1^{er}, 2°, comprennent, notamment, les matières suivantes :

- a) psychologie générale ;*
- b) psychopathologie et psychiatrie ;*
- c) psychopharmacologie ;*
- d) psychodiagnostic ;*
- e) travail en réseau avec les professions de santé ;*
- f) introduction aux orientations psychothérapeutiques.*

Ces notions de base sont précisées par le Roi après avis du Conseil fédéral de la psychothérapie.

§ 3. Pour pouvoir débiter une formation spécifique à la psychothérapie, le candidat psychothérapeute est, préalablement, porteur au minimum d'un diplôme de premier cycle d'enseignement supérieur dans le domaine des professions de santé, de la psychologie, des sciences de l'éducation ou des sciences sociales, tel que visé au § 1^{er}, 1°, et est formé aux notions de base de la psychologie, telles que visées au § 1^{er}, 2°.

§ 4. Le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral de la psychothérapie, le nombre d'heures relatif à la formation spécifique à la psychothérapie comportant au moins 500 heures de formation théorique, et

⁶ Rapport, DOC 53-3242/003, pp. 5 et 20 et s.

⁷ *Ibid.*

un stage de minimum 1 600 heures de pratique clinique supervisée dans l'une des orientations psychothérapeutiques reconnues. »

Selon les travaux préparatoires, cette exigence résultait de la considération selon laquelle « [l]a prise en charge de patients en souffrance, et parfois de leurs proches, nécessite une formation poussée et étendue devant permettre aux psychothérapeutes de pouvoir appréhender ces difficultés dans leurs multiples aspects bio-psycho-sociaux »⁸.

La diversité des diplômes donnant accès à la formation spécifique préalable à l'habilitation comme psychothérapeute était justifiée « pour garantir la pluralité des parcours, pour valoriser des expériences de vie, des cheminements individuels, gage de créativité et de connaissance du terrain ».

De manière à ne pas exclure les praticiens non porteurs des titres et diplômes exigés en vertu du nouveau dispositif sensé entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2016, la loi du 4 avril 2014 contenait une disposition transitoire permettant aux « praticiens pouvant justifier d'une pratique suffisante de la psychothérapie et d'une formation suffisante en la matière à la date de la publication de la (...) loi » de continuer à pratiquer la psychothérapie jusqu'à l'entrée en vigueur d'un arrêté royal qui devait fixer la procédure suivant laquelle ces mêmes personnes pourraient « faire valoir leur formation et leur expérience antérieure en vue de porter le titre de psychothérapeute »⁹.

Cette disposition transitoire visait ainsi à garantir les droits acquis des praticiens justifiant, à la date de la publication de la loi, soit au 20 mai 2014, d'une expérience et d'une formation qui devrait être jugée « suffisante » au terme d'une procédure qui devait être fixée par arrêté royal.

En d'autres termes, les psychothérapeutes exerçant à la date du 20 mai 2014 pouvaient continuer à exercer, après l'entrée en vigueur de la loi – fixée au 1^{er} septembre 2016 – jusqu'à ce qu'ils aient pu faire valoir leurs pratique et formation dans le cadre d'une procédure de reconnaissance que le Roi était habilité à établir.

B. la loi du 10 juillet 2016

3. Se départant fondamentalement des options prises en 2014, le Gouvernement a déposé, le 23 mai 2016, un projet de loi qui a abouti à la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 *réglémentant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part*.

Le chapitre de la loi de 2014 qui règlemente la psychothérapie fait l'objet d'un profond remaniement dont on retiendra ce qui suit.

⁸ *Idem*, commentaire des articles, *sub. art.* 34, p. 13.

⁹ Art. 49 de la loi du 4 avril 2014.

4. Tout d'abord, il a été décidé d'intégrer la réglementation de l'exercice de la psychothérapie dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé « *afin que des garanties de qualité et des mesures de protection identiques à celles relatives aux autres professions des soins de santé soient d'application* »¹⁰.

5. Ensuite et surtout, le législateur définit la psychothérapie comme « *une forme de traitement des soins de santé qui utilise, de façon logique et systématique, un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions), qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique, et qui requièrent une collaboration interdisciplinaire* »¹¹.

5.1. Ainsi définie, la psychothérapie est envisagée comme « *une "forme de traitement" et pas [comme] une "profession"* »¹², et le législateur en réserve la pratique à certains professionnels de la santé, à savoir, en principe, (i) les médecins, (ii) les psychologues cliniciens et (iii) les orthopédagogues cliniciens¹³, pourvu qu'ils aient suivi une formation spécifique en psychothérapie d'au moins 70 crédits ECTS dans un établissement universitaire ou une haute école¹⁴ et qu'ils aient suivi un stage professionnel dans le domaine de la psychothérapie d'au moins deux ans à temps plein ou son équivalent en cas d'exercice à temps partiel¹⁵.

L'option retenue est donc fondamentalement différente de celle adoptée en France, par exemple, où le Conseil constitutionnel a validé la solution de réserver l'utilisation du titre de psychologue aux médecins et psychologues et psychanalystes diplômés et non l'exercice de l'activité elle-même¹⁶.

5.2. Il ne sera pas revenu sur le régime transitoire de la loi du 10 juillet 2016, lequel a fait l'objet de Votre arrêt de suspension n° 170/2016.

L'on rappellera par contre que la nouvelle loi consacre de nouveaux intervenants, à savoir les « professions de support en soins de santé mentale » qui sont des « assistants » habilités à « aider » les praticiens professionnels qui peuvent exercer la psychothérapie de manière autonome.

¹⁰ Projet de loi modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part, Exposé des motifs, DOC 54-1848/001, p. 6.

¹¹ Art. 68/2/1, § 1^{er}, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, tel qu'inséré par l'article 11 de la loi du 10 juillet 2016.

¹² Déclaration de la ministre de la santé en commission, Rapport, DOC 54-1848/003, p. 10.

¹³ Art. 68/2/1, § 2, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, tel qu'inséré par l'article 11 de la loi du 10 juillet 2016.

¹⁴ Art. 68/2/1, § 3, al. 1^{er}.

¹⁵ Art. 68/2/1, § 3, al. 2.

¹⁶ Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009. Le Conseil constitutionnel considère « *qu'en réservant l'accès à la formation ouvrant droit à l'usage du titre de psychologue aux personnes titulaires d'un doctorat en médecine ou d'un master en psychologie ou en psychanalyse, le législateur a assuré entre la liberté d'entreprendre et les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 relatives à la protection de la santé une conciliation qui n'est pas disproportionnée et n'a pas méconnu le principe d'égalité* » (point 19 de la décision du Conseil)

Conformément à l'article 68/2/2, § 1^{er}, al. 2, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, tel qu'inséré par l'article 12 de la loi du 10 juillet 2016, ces professionnels de support en soins de santé ne peuvent poser aucun acte diagnostique ou thérapeutique autonome, mais seulement exécuter des prescriptions à la demande de et sous la supervision des praticiens pouvant exercer de manière autonome.

Il appartient au Roi, par un arrêté d'exécution, d'établir la liste des professions de support en soins de santé mentale, ainsi que les critères généraux d'agrément de ces professions de support.

6. Il convient de relever que le législateur, lorsqu'il a adopté la loi attaquée, ne disposait d'aucune donnée précise quant à la situation des praticiens et des clients à l'égard desquels il a pris des mesures restrictives exceptionnellement graves.

L'auteur de la loi attaquée se réfère, quant aux options prises, à l'avis n° 7855 du Conseil supérieur d'Hygiène « *Psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément* »¹⁷.

Concernant la situation de fait, cet avis repose sur une description particulièrement sommaire de la pratique psychothérapeutique en Belgique puisqu'elle se réfère à une « étude exploratoire » réalisée par l'envoi d'un questionnaire à « un échantillon aussi représentatif que possible de thérapeutes qui déclarent eux-mêmes entreprendre des activités psychothérapeutiques », à savoir 5.773 personnes.

Le Conseil supérieur d'Hygiène rapporte cependant ce qui suit :

« Parmi les personnes contactées, 35% des Néerlandophones et 14% des Francophones ont renvoyé l'enquête complétée. Les résultats mentionnés ci-dessous sont basés sur les réponses du groupe de psychothérapeutes qui a effectivement coopéré à l'enquête. Dans les deux communautés linguistiques, mais surtout dans l'échantillon francophone, il y a une nette majorité de femmes. L'âge moyen est de 42 ans. Plus de la moitié des répondants dans le groupe total est psychologue, une personne sur 8 est médecin, les autres ont acquis une autre formation de base dans les sciences humaines (graduat et autres). Un certain nombre de psychothérapeutes exerce cette profession sans avoir aucune formation de base dans les sciences humaines.

Pour un quart des répondants, la pratique privée constitue le cadre de travail primaire. En Belgique francophone, il s'agit de loin du lieu de travail principal (28%), alors que les Néerlandophones se répartissent davantage sur les pratiques privées, les hôpitaux psychiatriques et généraux et les centres de soins de santé mentale ambulatoires.

La grande majorité (80%) des personnes interrogées déclare avoir bénéficié d'une formation spécialisée et/ou d'une thérapie personnelle de plusieurs années. Du côté néerlandophone, il s'agit surtout d'une formation thérapeutique de longue durée, alors que du côté francophone, la majorité des cas concernent des thérapies personnelles ou une combinaison de formations de courte durée.

La plupart des répondants exercent cette pratique à temps partiel. Il faut également faire remarquer que la plupart des thérapeutes déclarent consacrer une partie importante de leur temps au suivi des formations continuées.

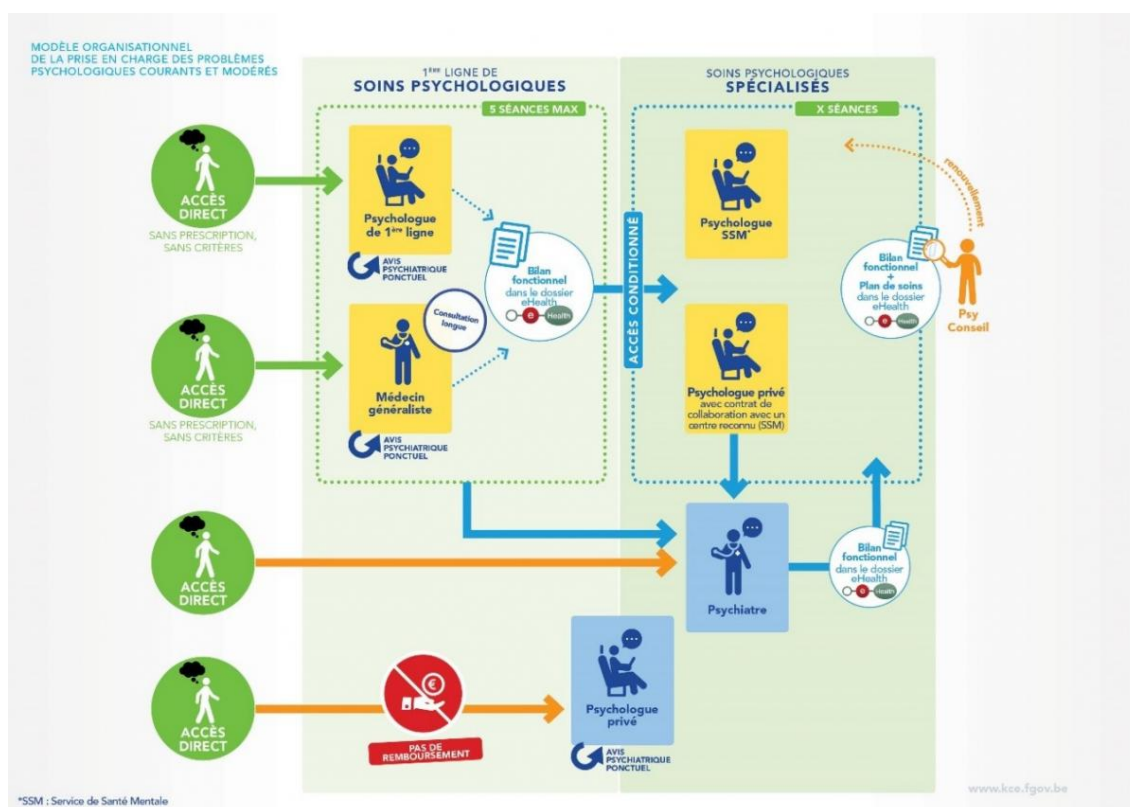
¹⁷ Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, sess. 2015-2016, n° 1848/001, p. 9 ; Rapport de la première lecture, *Doc. parl.*, Chambre, sess. 2015-2016, n° 1848/003, p. 11.

Mais, pour rappel, tous ces chiffres ne concernent que 35% des néerlandophones et 14 % des francophones. Un complément d'enquête concernant ceux qui n'ont pas répondu (sic) serait souhaitable. »¹⁸

Il s'agit de la seule étude visée dans les travaux préparatoires de la loi attaquée. Si l'on se réfère aux chiffres livrés, plus de 3/8^e des psychothérapeutes ne sont ni médecins, ni psychologues ce qui est loin d'être négligeable.

7. Dès lors que les travaux préparatoires sont indigents pour comprendre les enjeux de la différenciation entre l'exercice de la psychologie clinique et celui de la psychothérapie retenue par la loi attaquée, il faut se référer au modèle préconisé par le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) fondé sur deux niveaux :

« Le système proposé comprend deux niveaux : un premier niveau largement accessible, pour accueillir sans restriction les problèmes psychiques courants et modérés, et un second niveau, d'accès plus restreint, mais permettant de délivrer des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant.



[dans la version complète du rapport du KCE, il est précisé que « [d]ans le secteur des soins spécialisés, le mot psychologue peut être remplacé par tout professionnel reconnu par la loi pour exercer la psychothérapie »]¹⁹

RÔLE DU MG²⁰ DANS LE PREMIER NIVEAU

Le premier niveau est inspiré des projets pilotes de « psychologie de 1^{re} ligne » (Eerste Lijns Psychologische Functie – ELPF) récemment menés en Flandre, dont les résultats sont très

¹⁸ *Idem*, pp. 11-12.

¹⁹ http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265Bs_Psychotherapy_synthese.pdf

²⁰ Médecin généraliste, ndlr.

positifs tant aux yeux des patients que des intervenants. Les psychologues de 1^{re} ligne sont spécifiquement formés à l'accueil et à la première prise en charge des problèmes psychiques les plus courants, en concertation avec les MG et l'ensemble du réseau local existant. Dans le modèle du KCE, ces psychologues sont directement accessibles, sans prescription, ni critère de diagnostic ou de gravité.

Ces psychologues seraient encouragés à exercer dans divers cadres : des pratiques de médecine générale ou des maisons médicales, des centres PMS, des plannings familiaux, etc., ainsi qu'en privé. Cette première prise en charge serait limitée à 5 séances maximum. En effet, l'expérience des projets ELDF montre que 88% des personnes qui y ont eu recours ont été aidées ou réorientées en (moins de) 5 séances.

Mais le KCE a également tenu compte du fait qu'une partie des patients préfèrent aborder leurs problèmes psychiques dans le cadre familial du cabinet de leur médecin traitant. Le KCE recommande donc d'accorder, en parallèle, des honoraires pour 'consultation de longue durée' aux MG qui souhaitent consacrer du temps au soutien psychologique de leurs patients (également à raison de 5 séances maximum).

RÔLE DU MG DANS L'ACCÈS AU SECOND NIVEAU

La nécessité de passer à des soins plus spécialisés (psychothérapie) devrait être conjointement évalué (sic) par un médecin généraliste et un psychologue de 1^{re} ligne. En effet, ce n'est qu'en croisant les compétences et les connaissances complémentaires de ces deux professionnels au sujet du patient et de son environnement qu'il sera possible de cerner la problématique de chaque patient individuel dans toutes ses dimensions et dans toute sa complexité. Ceci permettra p.ex d'écartier une cause physique sous-jacente. »²¹

La synthèse du rapport 265Bs du KCE « Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques » est plus explicite :

« **5.2. Intervenants : à chaque niveau sa spécificité**
5.2.1. En 1^{re} ligne : des intervenants aux compétences complémentaires

(...)

E. En résumé :

Les soins psychologiques de 1^{re} ligne devraient être prestés par des psychologues cliniciens, de préférence en collaboration avec les médecins généralistes.

Les patients auraient donc le choix de s'adresser à l'un ou à l'autre selon leurs préférences. Le MG aurait dans ce cas la possibilité de facturer un certain nombre de consultations de longue durée. Tant le psychologue de 1^{re} ligne que le MG devraient avoir la possibilité de demander un avis ponctuel à un psychiatre.

Outre les compétences spécifiques exigées pour intervenir dans le cadre des soins psychologiques de 1^{re} ligne, **les prestataires de soins reconnus devraient se conformer à certaines exigences en matière de formation continue et participer à des groupes d'intervision entre pairs.** Le contenu et les modalités de cette formation continue ainsi que des interventions devraient faire l'objet d'une définition sur la base d'une concertation. Cette

²¹ <https://kce.fgov.be/fr/news/quels-rôles-pour-le-médecin-généraliste-dans-le-nouveau-modèle-de-soins-psychologiques-proposé-#.WltS8LF7QUG>

mission pourrait être confiée aux commissions prévues dans la loi sur les professions de la santé mentale du 4 avril 2014.

Ces obligations seraient identiques pour les intervenants prestant au sein d'une structure et pour ceux travaillant en indépendants.

Les bacheliers pourraient intervenir en soutien pour certaines tâches effectuées sous la supervision d'un psychologue clinicien.

5.2.2. Soins spécialisés : des professionnels reconnus et agréés

La 2^e ligne de soins, que nous appellerons « soins psychologiques spécialisés » reposera exclusivement sur les interventions de **professionnels reconnus et agréés** ayant suivi une **formation spécifique** à certaines techniques de soin reconnues comme telles (dont la psychothérapie), ou à des **orthopédagogues** pour certains patients à besoins spécifiques.

Ce critère de **qualification du prestataire de soins psychologiques spécialisés** se retrouve d'ailleurs dans tous les pays (mais selon des modalités extrêmement variables quant aux profils et niveaux de qualification exigés).

Il est souhaitable que les prestataires de soins psychologiques spécialisés **se conforment à certaines exigences en matière de formation continue et participent à des groupes d'intervision entre pairs. Ils devraient également être inclus dans un réseau multidisciplinaire local (voir plus loin : concertation). Ces conditions devraient être prises en compte dans un processus d'accréditation.**

Le statut de ces professionnels ne serait pas déterminant : tant les praticiens indépendants que ceux exerçant au sein de structures (SSM, CRA, ...) pourraient entrer en ligne de compte. Cette offre viendrait donc s'ajouter à celle déjà proposée par ces structures, pour la renforcer. Ceci engendrera toutefois une difficulté supplémentaire du fait que les différents intervenants pressentis sont actuellement financés soit au niveau fédéral (INAMI), soit au niveau des entités fédérées. »

Le rapport du KCE détaille ce qu'il y a lieu d'entendre par « première ligne » :

« 5.3. Offre de soins : stepped care et liberté thérapeutique mais nombre de séances limité 5.3.1. Stepped Care

Le stepped care est un modèle de soins dans lequel les patients en demande d'aide se voient d'abord proposer le traitement le moins intensif correspondant à la nature et à la gravité de leur plainte. Si cela ne s'avère pas suffisant, on passe au niveau d'intensité / de spécialisation suivant (« stepping up »).¹⁵

Dans notre modèle, les patients se voient d'abord proposer tout un éventail d'interventions (d'intensité croissante) dans le cadre de la 1^{re} ligne, avant d'envisager un envoi vers des soins plus spécialisés et/ou à plus long terme, sur base d'un bilan fonctionnel servant de « conclusion » à cette première prise en charge.

En cas de problème grave ou urgent, l'envoi direct vers le psychiatre ou le service d'urgence de l'hôpital est évidemment possible. A l'inverse, si le problème n'est pas du ressort de la 1^{re} ligne de soins psychologiques, le patient sera renvoyé vers d'autres formes de soutien plus communautaires (« stepping down »). Sans oublier le rôle essentiel des groupes d'entraide et des aidants proches.

5.3.2. Stepped Care

Les **profils des patients** reçus dans le cadre des projets ELPF correspondent à ceux décrits par les acteurs de terrain, à savoir en majorité des « difficultés de vie », problèmes d'adaptation

aux facettes multiples, souvent liés au contexte familial ou social, et ne devant pas nécessairement faire l'objet d'une prise en charge complexe d'emblée. Il est donc logique de proposer une approche calquée sur celle des projets ELPF :

- *Accueil et écoute de toutes les plaintes*
- *Etablissement d'un bilan fonctionnel, ou éventuellement d'un diagnostic (voir plus loin)*
- *Counseling*
- *Aide à l'auto-résolution de problèmes*
- *Prise en charge brève de problèmes modérés (trauma non compliqué, deuil,...)*
- *Détection précoce et réorientation des problèmes (potentiellement) graves vers un psychiatre*
- *Référence vers des soins psychologiques spécialisés à plus long terme si nécessaire. »*

Ce rapport permet de comprendre les enjeux qui sous-tendent la loi du 10 juillet 2016, même s'il n'y est fait aucune référence dans les travaux préparatoires.

8. Saisie par 148 psychothérapeutes exclus de toute pratique de la psychothérapie au motifs qu'ils n'ont aucun diplôme du niveau de bachelier, ou contraints d'exercer une pratique limitée sous l'autorité d'un tiers qui peut, selon les exigences prévues par le régime de la loi attaquée, pratiquer la psychothérapie de manière autonome, Votre Cour a suspendu l'article 11 de la loi du 10 juillet 2016 « modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale d'une part et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part » en ce qu'il ne prévoit aucun régime transitoire pour les personnes qui, avant l'entrée en vigueur de cette loi, exerçaient la pratique de la psychothérapie.

Votre Cour a considéré comme sérieux un moyen pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de la sécurité juridique et de la confiance en retenant notamment ce qui suit :

« B.11.3. *Bien que l'exposé des motifs du projet de loi indique que la loi attaquée prévoit un régime de droits acquis pour les actuels praticiens d'activités qui relèvent de la psychothérapie définie à l'article 68/2/1, § 1^{er}, de la LEPSS, l'article 11 attaqué de la loi du 10 juillet 2016 réserve, dès son entrée en vigueur, la poursuite de ces activités de manière non autonome, aux titulaires d'un titre professionnel LEPSS ou à ceux qui au plus tard dans l'année académique 2016-2017 ont entamé une formation de niveau bachelier qui donne droit à un titre LEPSS. La poursuite de ces activités de manière non autonome est réservée, à partir de l'entrée en vigueur de l'article 11, aux titulaires d'un autre diplôme de bachelier. En faisant entrer en vigueur ces exigences nouvelles à la date du 1^{er} septembre 2016, sans permettre qu'à titre transitoire les personnes qui, avant cette date, exerçaient les activités définies à l'article 68/2/1, § 1^{er}, de la LEPSS, puissent poursuivre ces activités aux conditions fixées par le législateur sans disposer des titres actuellement requis ou, eu égard à l'entrée en vigueur rapide du régime attaqué, le 1^{er} septembre 2016, sans prévoir un délai d'adaptation raisonnable pour se procurer les titres requis, alors que la poursuite de l'exercice de la psychothérapie, sans devoir satisfaire aux conditions strictes en matière de diplôme et de formation, a encore été tolérée par la loi du 4 avril 2014, qui aurait également dû entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2016, le législateur a pris une mesure qui a des conséquences graves en ce que l'instauration de la nouvelle réglementation n'était pas suffisamment prévisible tant pour les praticiens de la psychothérapie que pour leurs patients. L'article 11 attaqué de la loi du 10 juillet 2016 porte donc une atteinte aux attentes légitimes des personnes concernées sans qu'un motif impérieux d'intérêt général puisse justifier l'absence d'un régime transitoire à leur égard. »*

9. Les requérants dans la présente affaire contestent l'option prise par le législateur de réserver la psychothérapie aux médecins, psychologues cliniciens et orthopédagogues.

II. INTERÊT DES REQUÉRANTS

10. La première requérante est une association sans but lucratif regroupant une centaine de psychothérapeutes qui *« a principalement pour but, dans le champ des pratiques professionnelles de la psychothérapie et plus largement de la relation d'aide en santé mentale, dans une perspective résolument citoyenne, d'élaborer et de porter un regard et un discours critiques sur la société et de promouvoir des initiatives qui contribuent à une meilleure qualité de vie psychique et relationnelle, où la subjectivité, la liberté et la responsabilité de chacun est au cœur de l'approche des questions individuelles et sociétales »*.

L'association requérante *« défend que la psychothérapie et la pratique de la relation d'aide en santé mentale relèvent de professions autonomes, indépendantes et libres, dont l'exercice répond à des critères de formation élevés et accessibles à partir de diplômes et de parcours multiples et respectent un code de déontologie »*.

Elle *« entend contribuer, dans une perspective humaniste, à la définition, à la promotion et à la défense des métiers de psychothérapeute et plus largement des professions de la relation d'aide en santé mentale. Elle entend également défendre les intérêts de ceux qui exercent ces métiers selon la conception définie par les présents statuts »*, lesquels envisagent la *« psychothérapie comme un accompagnement ancré dans un cadre de références qui se compose d'approches théoriques diverses issues du champ des sciences humaines, où la relation entre la personne et le thérapeute est au centre du processus quelle que soit la méthode »* et qui *« vise à permettre la transformation des difficultés, des conflits, des questions existentielles et/ou relationnelles, ainsi que la croissance et l'émancipation de la personne »*.

La première requérante s'est également donné pour objet de défendre les intérêts des clients des psychothérapeutes qui partagent sa conception de la santé mentale et de la psychothérapie.

A ce titre, elle a intérêt à contester une loi qui vise à réserver l'exercice de la psychothérapie aux seuls médecins, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens.

11. Les deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième, dixième, onzième, treizième et quatorzième requérants exercent la psychothérapie et sont donc directement visés par les options prises au travers de la loi attaquée.

Seuls les quatrième, sixième, dixième, onzième et douzième requérants disposent d'un titre leur permettant de poursuivre l'exercice de leur pratique, à condition toutefois de suivre une

formation spécifique en psychothérapie et un stage. Les autres sont, sous réserve des effets de Votre arrêt n° 170/2016, exclu de toute pratique autonome et sont donc exposés à une interdiction professionnelle.

Par ailleurs, au travers de la définition de la psychothérapie, le législateur impose aux requérants une approche qui ne correspond pas à leurs conceptions. Outre l'obligation de s'impliquer dans une « *collaboration interdisciplinaire* » axée sur une approche bio-médicale, ils s'inquiètent de l'atteinte au pluralisme des courants existants et reconnus dans le domaine de la psychothérapie et plus spécifiquement dans l'accompagnement des personnes en difficulté. A cet égard, les requérants psychothérapeutes font tous valoir une pratique variée grâce à des formations continues et diversifiées. Plus particulièrement, le deuxième requérant, après avoir obtenu un diplôme de conseiller conjugal et familial, a entrepris une formation à l'hypnose Ericksonienne durant trois ans, une formation à la thérapie brève de sept années ainsi qu'une formation de trois ans en psychotraumatologie. Depuis plus de vingt-cinq ans, il exerce comme conseiller conjugal et familial, et traite également des problèmes sexuels par l'hypnose. La quatrième requérante, psychologue clinicienne depuis plus de 15 ans, a continué à se former en psychothérapie analytique. Ses formations variées lui permettent aujourd'hui d'exercer avec un large public, dans le cadre de thérapies individuelles, de couples et familiales. La septième requérante, titulaire d'une licence en sciences sociales et médicales, a entrepris plusieurs formations en gestalt-thérapie depuis 1991 jusqu'en 2009, sous la direction de plusieurs superviseurs. C'est le cas également de la huitième requérante qui fait valoir une formation continue en gestalt-thérapie sous la supervision d'un gestalt-thérapeute et criminologue, un gestalt-thérapeute et également psychologue et aussi d'un psychologue clinicien, également gestalt-thérapeute.

Les dixième et onzième requérantes sont toutes les deux licenciées en psychologie clinique. Leurs connaissances ne se limitent pas à cette formation puisque l'une s'est spécialisée en gestalt-thérapie tandis que la onzième requérante fait valoir une formation continue depuis plus de dix ans en thérapie psycho-analytique et en thérapie familiale.

La douzième requérante est infirmière de formation. Dès la fin de ses études, elle a entamé une formation particulière en gestalt-thérapie. Elle a continué à développer ses connaissances en participant à des congrès, à des journées d'étude en thérapie contextuelle. Elle obtient également un certificat de psychotraumatologue à l'Institut belge de psychotraumatologie. Elle a participé, comme beaucoup d'autres praticiens, à des interventions. Ces formations lui permettent aujourd'hui d'aider des personnes confrontées à un burn-out, à une dépression, à un deuil. Ses qualités de psychothérapeute résultent de ces formations et de son expérience longue de plus de vingt-cinq ans consacrée à aider des clients à surmonter des difficultés plus ou moins importantes. Aujourd'hui, la requérante participe à ce recours car elle estime que la loi attaquée porte atteinte à l'honneur et à l'éthique de sa profession. A ce titre, elle justifie d'un intérêt au présent recours.

La quinzième requérante est titulaire d'une licence en éducation physique. Après avoir enseigné durant dix ans, elle s'est orientée vers la psychothérapie et a suivi de nombreuses formations, au Pays-Bas en psychothérapie corporelle pendant six ans, en gestalt-thérapie durant quatre ans. Sa formation lui a permis d'acquérir une clientèle de près de 1200

personnes ces trois dernières années. Elle est régulièrement supervisée par un thérapeute systémicien, un trauma-thérapeute, et plusieurs gestalt-thérapeutes.

La seizième requérante est licenciée en sciences sociales et pédagogiques. Dix ans après avoir obtenu son diplôme, elle s'est formée pendant trois ans à la thérapie relationnelle et pendant quatre années supplémentaires pour devenir gestalt-thérapeute. Aujourd'hui, la requérante est éducatrice et développe son activité de psychothérapeute en privé.

La dix-septième requérante est graduée en orthopédagogie. Elle a suivi une formation en gestalt-thérapie durant quatre années, comprenant plus de quatre cents heures de pratique.

La dix-huitième requérante est psychothérapeute. Elle s'est formée à la gestalt-thérapie, la thérapie familiale et la thérapie de couples. Après avoir participé à plusieurs supervisions, elle est devenue elle-même superviseur en gestalt-thérapie. Elle est membre de plusieurs associations professionnelles de gestalt-thérapeutes.

La dix-neuvième requérante est infirmière de formation. Elle a ensuite entrepris une formation de quatre années au Pays-Bas pour devenir gestalt-thérapeute. Elle exerce en cette qualité depuis près de 10 ans.

La vingtième requérante est assistante sociale de formation. Elle a ensuite entrepris une formation en sciences familiales durant trois ans et en thérapie interactionnelle. Elle exerce comme psychothérapeute depuis près de trois ans.

Le vingt-et-unième requérant est aussi psychothérapeute. Durant plus de vingt-cinq ans, il se forme à différents courants thérapeutiques, notamment à la psycho-dynamique, à la thérapie familiale, et se spécialise aussi en gestalt-thérapie. Il est également superviseur depuis plusieurs années.

La vingt-deuxième requérante est psychothérapeute depuis six années. Elle s'est formée durant quatre ans à la gestalt-thérapie avant d'entreprendre une formation en psychothérapie existentielle et en thérapie familiale. Ses connaissances lui ont permis de pouvoir aider un public varié, aussi bien des jeunes que des adultes, dans le cadre de thérapies très diverses, familiales, de groupe, et individuelles.

Le vingt-troisième requérant, également psychothérapeute depuis six ans, s'est spécialisé à l'approche systémique et à la psychothérapie familiale durant quatre années, comptabilisant près de 750 heures de formation. Il exerce tant comme psychologue familial que comme psychothérapeute systémicien.

La loi attaquée porte gravement atteinte à la richesse de ces formations, complémentaires et nécessaires à la profession de psychothérapeute.

L'ensemble des vingt-trois requérants, tous psychothérapeutes, justifient d'un intérêt à poursuivre l'annulation d'une loi qui leur impose une conception de la psychothérapie et de son exercice qui ne correspond pas à leur pratique.

Ils justifient de l'intérêt à poursuivre l'annulation d'une loi qui porte atteinte à leur droit au libre choix d'une activité professionnelle, à leur liberté quant aux modalités d'exercice de leur profession et au droit à la vie privée en ce qu'il implique leur droit d'établir librement des rapports avec d'autres êtres humains²².

12. La vingt-quatrième requérante entame actuellement sa sixième année de formation en psychothérapie. Elle justifie d'un intérêt au présent recours en ce que la loi attaquée l'empêche de faire valoir ces années de formation.

13. Les vingt-cinquième et vingt-sixième requérants justifient leur intérêt en qualité de citoyens qui poursuivent une psychothérapie dans le cadre d'une démarche personnelle de face à des questions et problèmes de vie. Ils font valoir comme grief principal la corrélation inscrite dans la loi entre la psychothérapie et les soins de santé, et contestent le présupposé selon lequel ils nécessiteraient un « *traitement de soins de santé* » au sens de la loi attaquée. Plus précisément, ces deux requérants font valoir une atteinte à leur liberté individuelle de pouvoir choisir librement la personne la mieux à même de les accompagner dans leur démarche personnelle et l'atteinte à leur liberté de choisir un thérapeute qui ne soit ni médecin, ni psychologue et qui privilégie une approche humaniste.

*

* *

III. MOYENS

PREMIER MOYEN : VIOLATION DES ARTICLES 38 ET 128, § 1^{ER} DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 5, § 1^{ER}, I ET II DE LA LOI SPECIALE DE REFORMES INSTITUTIONNELLES DU 8 AOUT 1980

EN CE QUE, les articles 68/2/1 et 68/2/2 de la LEPSS, tels qu'insérés par les articles 11 et 12 de la loi attaquée, régissent l'exercice de la psychothérapie définie comme l'utilisation, de façon logique et systématique, d'un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions), qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique, et qui requièrent une collaboration interdisciplinaire, au sein d'une relation psychothérapeute-patient, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés, conflits et troubles psychologiques dont souffre le client,

ALORS QU'en vertu des articles 38 et 128, § 1^{er}, de la Constitution et, en particulier de l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o à 8^o, et II, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, la compétence du législateur fédéral est limitée à la réglementation de l'exercice de l'art médical, et que ce sont les communautés qui sont compétentes en matière d'aide aux

²² Cour eur. D.H., arrêt *Evans c. Royaume-Uni*, du 7 mars 2006, § 71.

personnes, en ce compris toutes les formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants.

Développement du moyen

14. Comme l'a relevé Votre Cour dans son arrêt 170/2016, l'article 68/2/1 de la LEPSS, règle l'accès à la profession de psychothérapeute. Cette disposition, lue dans son intégralité, définit en effet le régime et les conditions dans lesquels les personnes peuvent exercer une activité professionnelle déterminée, à savoir la psychothérapie²³.

15. A la suite de la sixième réforme de l'Etat, l'article 6, VI, 6° de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 réserve au législateur fédéral la compétence de fixer les conditions d'accès aux professions des soins de santé. L'exposé des motifs de l'article 17 de la proposition de loi spéciale qui a donné lieu à la loi spéciale du 6 janvier 2014 renvoie à la justification d'une modification à l'article 5, § 1^{er}, I, visant à confirmer que l'autorité fédérale demeure compétente en matière d'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales. Les travaux préparatoires à la loi spéciale du 6 janvier 2014 qui modifie la loi spéciale du 8 août 1980 précisent en effet :

« *Au titre de ses compétences résiduelles, l'autorité fédérale reste notamment compétente, comme c'est le cas aujourd'hui, pour toute mesure d'urgence nécessitée par une pandémie aiguë, pour la réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales, en ce compris les droits des patients (à l'exception des normes d'agrément y relatives), pour la réglementation des médicaments et des denrées alimentaires et des dispositifs médicaux, pour la réglementation du sang, du matériel corporel humain et de la procréation médicalement assistée (à l'exception des normes d'agrément y relatives) ainsi que pour l'aide médicale urgente.*

Outre les nouvelles compétences attribuées, la présente proposition ne modifie en effet aucunement la répartition actuelle des compétences entre les communautés et l'autorité fédérale et n'influence en rien l'étendue de celles-ci »²⁴.

Il en résulte, comme la section de législation du Conseil d'Etat a eu l'occasion de le souligner, que « *la jurisprudence de la Cour constitutionnelle qui définit la réglementation de l'exercice de l'art de guérir¹⁷ et précise qu'il s'agit d'une « compétence réservée au législateur fédéral »¹⁸ demeure applicable, comme le révèlent les références faites dans les travaux préparatoires à la jurisprudence de la Cour constitutionnelle en la matière. »²⁵*

16. La jurisprudence de Votre Cour à laquelle il convient de se référer est établie comme suit :

²³ Point B.3.3.

²⁴ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat, Commentaires des articles, *Doc. parl.*, Sénat, sess. 2012-2013, 5-2232/1, p. 49.

²⁵ Avis 56.409/2/V du 10 septembre 2014 sur un projet d'arrêté du Gouvernement wallon présentant le projet de décret insérant certaines dispositions dans le Code wallon de l'action sociale et de la Santé, relatives à la création d'une plate-forme d'échange électronique des données de santé, pp. 21-22. La note 17 renvoie à l'arrêt de Votre Cour n° 170/2013, B.8 ; la note 18 renvoie notamment à Votre arrêt n° 29/2010, B.42.

« B.7. En vertu des articles 38 et 128, § 1^{er}, de la Constitution et, en particulier, de l'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes en matière de politique de santé, pour la politique de dispensation de soins dans et au-dehors des institutions de soins (I, 1^o), l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive (I, 2^o), et en matière d'aide aux personnes (II)^[26].

Les communautés ont la plénitude de compétence pour régler ces matières, sauf les exceptions explicitement mentionnées. La compétence que l'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 confère aux communautés implique que les communautés puissent prendre toutes les mesures propres à leur permettre d'exercer leur compétence.

Les compétences attribuées aux communautés, en particulier celles qui concernent l'éducation sanitaire et les activités et services de médecines préventives, n'impliquent toutefois pas la possibilité de régler l'exercice de l'art médical. En effet, il ressort clairement des travaux préparatoires de l'article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale de réformes institutionnelles que la réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales ne relève pas des matières concernant la politique de santé qui ont été transférées aux communautés en tant que matières personnalisables (Doc. parl., Sénat, 1979-1980, n° 434/1, p. 7).

B.5. La notion d' « exercice de l'art médical » n'est définie ni dans les travaux préparatoires précités ni dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Dans ses arrêts n° 69/92 du 12 novembre 1992 (B.5) et n° 83/98 du 15 juillet 1998 (B.5.11), la Cour a déduit de l'article 2, § 1^{er}, alinéa 2, et § 2, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 78 précité qu'un acte relève de l'exercice de l'art médical « lorsqu'il a notamment pour objet ou lorsqu'il est présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, l'examen de l'état de santé, le dépistage de maladies et de déficiences, l'établissement du diagnostic ou l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé ».

La compétence fédérale en matière d' « exercice de l'art médical » est dès lors limitée à la désignation des actes qui répondent à cette définition et à la fixation des conditions – notamment les exigences de qualité – auxquelles des personnes peuvent poser ces actes ou exercer les professions appropriées. Par conséquent, la compétence du législateur fédéral ne peut s'étendre à tous les aspects de la relation entre les patients, qui peuvent également être définis comme des personnes nécessitant des soins, et les titulaires de professions de soins de santé et elle ne peut par ailleurs être interprétée si largement que la compétence de principe des communautés en matière de politique de santé et d'aide aux personnes serait vidée de son contenu. Il ne suffirait pas de faire figurer dans l'arrêté royal n° 78 ou dans ses arrêtés d'exécution un acte qui ne répond pas aux critères de la définition précitée d' « exercice de l'art médical » pour pouvoir conclure que la matière ainsi réglée relève de la compétence en matière d'exercice de l'art de guérir. »²⁷

²⁶ Auxquels la loi spéciale du 6 janvier 2014 a ajouté la politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux, la politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolée, la politique de dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de réhabilitation et de traitement, la politique de réhabilitation *long term care*, l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne, ainsi que l'agrément et le contingentement des professions de soins de santé.

²⁷ C.const., 165/2009 ; voy. également, entre autres, C.const., 170/2013.

17. Aux termes de l'article 68/2/1, §§ 1^{er} et 2, de la LEPSS, la psychothérapie est définie comme « *une forme de traitement des soins de santé qui utilise, de façon logique et systématique, un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions), qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique, et qui requièrent une collaboration interdisciplinaire* » « *au sein d'une relation psychothérapeute-patient, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés, conflits et troubles psychologiques dont souffre le patient.* »

L'article 68/2/1, § 2, réserve l'exercice de la psychothérapie ainsi définie à trois catégories professionnelles, à savoir les médecins, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens.

Cette définition de la psychothérapie est issue de l'avis du conseil supérieur d'hygiène n° 7855 « Psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément » qui envisage la psychothérapie comme offre de soins spécifique :

« *La psychothérapie est un traitement des soins de santé dans lequel est manié de façon logique et consistant un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions) qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique. Elle est exercée par une personne ayant bénéficié d'une formation à cet effet, au sein d'une relation psychothérapeute-patient/client, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés psychologiques, des conflits et des troubles dont souffre le patient/client. Celui-ci peut être un individu isolé, mais il peut également s'agir d'un système social (couple, famille, groupe). Il (l'individu, le système social) manifeste des problèmes ont trait à des aspects psychologiques, somatiques et sociaux du fonctionnement (de l'individu, du système social) et sont appréhendés sous les trois angles suivants :*

- *La subjectivité personnelle du patient/client, à savoir :*
 - *soit des conflits intra-psychiques apparus au cours du développement ;*
 - *soit des problèmes de "vécu" ;*
- *Des problèmes relationnels au sein d'un ou de plusieurs systèmes dont le patient/le client fait partie*
- *Des problèmes comportementaux et des symptômes somatiques.*

Généralement, ces problèmes se renforcent et s'auto-alimentent mutuellement. »²⁸

18. Dans l'optique du législateur, « *la psychothérapie se conçoit comme une forme de traitement pratiquée par un médecin, un psychologue clinicien ou un orthopédagogue clinicien, à l'instar de l'avis n° 7855 du Conseil supérieur de la Santé* »²⁹.

Cette conception, traduite par la définition donnée par l'article 68/2/1, § 1^{er} de la LEPSS, justifie *a priori* la compétence du législateur fédéral. Toutefois, il ne suffit pas, pour le législateur, de nommer une chose comme entrant dans le champ matériel de ses compétences pour s'arroger cette compétence. Comme le retient Votre Cour, il ne suffit pas « *de faire figurer dans la [LEPSS] ou dans ses arrêtés d'exécution un acte qui ne répond pas aux critères de la définition (...) d' « exercice de l'art médical » pour pouvoir conclure que la*

²⁸ CSH

²⁹ Doc. parl., Chambre, sess. 2015-2016, n° 54-1848/001, p. 8.

matière ainsi réglée relève de la compétence fédérale en matière d'exercice de l'art de guérir »³⁰.

En l'espèce, il ne suffit pas au législateur fédéral de déclarer que la psychothérapie est une forme de traitement des soins de santé pour justifier sa compétence, il faut que les actes qu'il réglemente aient effectivement « *pour objet, ou [qu'ils soient] présenté[s] comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé* ».

19. Le dispositif contesté vise, selon l'objet qu'il se donne, à réglementer l'exercice de toute « *relation psychothérapeute-patient* » qui a pour « *but d'éliminer ou d'alléger des difficultés, conflits et troubles psychologiques dont souffre le patient* ». Son objet ne rentre donc pas dans le cadre des compétences fédérales puisqu'il ne se limite pas, loin s'en faut, à des actes concernant des « *maladies et déficiences* ».

Sauf à nier la différence entre les soins de santé et l'aide aux personnes, le législateur fédéral n'est pas compétent pour réglementer l'accompagnement de souffrances liées à des questions de vie sans lien avec une maladie ou un quelconque état pathologique – les problèmes de "vécu" comme visé par l'avis du Conseil supérieur d'Hygiène – (deuil, divorce, homosexualité, grossesse non désirée, etc.). Il ne l'est pas plus pour réglementer l'aide au développement personnel, à la recherche de sens, à la remise en question de schémas de fonctionnement à un moment de sa vie, ni pour réglementer le travail psychothérapeutique sur des problèmes sociaux ou relationnels, etc. Encadrer comme il le fait les relations d'aide visant à améliorer la qualité dans les relations amicales, familiales, sentimentales, sexuelles, ou à améliorer la capacité d'éprouver, de différencier et d'exprimer (verbalement et non verbalement) des affects variés, ou à mieux se connaître et se comprendre ou simplement résoudre un problème ou s'adapter à une situation ne relève pas de la compétence du législateur fédéral.

20. Le premier moyen est fondé. Les articles 11 et 12 de la loi du 10 juillet 2016 formant un tout indissociable, les deux dispositions attaquées doivent être annulées.

*

*

*

³⁰ C.const., n° 165/2009, B.5.

SECOND MOYEN : VIOLATION DES ARTICLES 22 ET 23 DE LA CONSTITUTION, COMBINES A L'ARTICLE 8 DE LA CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME (CEDH) ET AUX ARTICLES 6 ET 15 DU PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS (PIDESC)

Les dispositions visées au moyen

21. L'article 22 de la Constitution garantit à chacun le « *droit au respect de sa vie privée* », cette disposition devant être lue en combinaison avec l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, le Constituant ayant expressément voulu aligner la protection constitutionnelle de la vie privée sur le système de la Convention européenne des droits de l'homme³¹.

Les requérants rappellent d'abord que l'article 8 de la Convention européenne et l'article 22 de la Constitution ont essentiellement pour objet de prémunir l'individu contre les ingérences arbitraires des pouvoirs publics³².

Ensuite, ils rappellent que la notion de vie privée protégée « *est large et englobe, entre autres, des aspects de l'identité physique et sociale des individus, notamment le droit à l'autonomie personnelle, le droit au développement personnel et le droit d'établir des rapports avec les autres êtres humains et le monde extérieur* »³³.

Dans son arrêt *K.A. et A.D. c. Belgique*, la Cour européenne a jugé que « [l']article 8 de la Convention protège le droit à l'épanouissement personnel, que ce soit sous la forme du développement personnel (*Christine Goodwin c. Royaume-Uni [GC]*, arrêt du 11 juillet 2002, Recueil 2002-VI, § 90) ou sous l'aspect de l'autonomie personnelle qui reflète un principe important qui sous-tend l'interprétation des garanties de l'article 8 (*Pretty c. Royaume-Uni*, arrêt du 29 avril 2002, Recueil 2002-III, § 61). Ce droit implique le droit d'établir et entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur (voir, par exemple, *Burghartz c. Suisse*, série A no 280-B, rapport de la Commission, § 47, et *Friedl c. Autriche*, série A no 305-B, rapport de la Commission, § 45) [...] »³⁴. Le même arrêt consacre également le droit de disposer de son corps, en énonçant que ce droit fait « *partie intégrante de la notion d'autonomie personnelle. A cet égard, « la faculté pour chacun de mener sa vie comme il l'entend peut également inclure la possibilité de s'adonner à des activités perçues comme étant d'une nature physiquement ou moralement dommageables ou dangereuses pour sa personne. En d'autres termes, la notion d'autonomie personnelle peut s'entendre au sens du droit d'opérer des choix concernant son propre corps* » (*Pretty*, précité, § 66). »

Certes, le droit à la vie privée n'est pas un droit absolu, mais les exigences de justification objective et raisonnable, et de proportionnalité s'imposent au législateur lorsqu'il entend limiter son exercice, toute ingérence dans le droit à la vie privée, en ce compris ces éléments

³¹ K. LEMMENS, "Le droit au respect de la vie privée et de la personnalité", in *Les droits constitutionnels en Belgique*, dir. M. VERDUSSEN et N. BONBLED, vol. 2, Bruylant, 2011, p. 911.

³² Cour eur. D.H., arrêt *Tysiac c. Pologne*, du 20 mars 2007, n° 5410/03, § 109 ; Cour eur. D.H., arrêt *Schlumpf c. Suisse*, du 8 janvier 2009, n° 29002/06, § 102.

³³ Cour eur. D.H., arrêt *Evans c. Royaume-Uni*, du 7 mars 2006, § 71.

³⁴ Arrêt du 17 février 2005, req. n° 42758/98 et n° 45558/99.

caractéristiques décrits ci-avant, devant correspondre à un besoin social impérieux et être proportionnée à l'objectif légitime poursuivi³⁵. Pour qu'une ingérence dans la vie privée soit acceptable au regard de la Convention européenne et de la Constitution, il est requis qu'elle soit nécessaire afin d'atteindre un but légitime déterminé, ce qui implique aux yeux de Votre Cour, l'existence d'un lien raisonnable et proportionné entre les conséquences de la mesure pour les personnes concernées et les intérêts de la collectivité³⁶.

La dignité et la liberté de l'homme relevant de l'essence même de la Convention – et de la Constitution – le droit à l'épanouissement personnel et à l'intégrité notamment morale des personnes doit être garanti.

La mesure contestée doit donc être appréciée au regard de ses effets sur le droit à l'autodétermination des personnes, particulièrement en ce qui concerne leur développement personnel et leur liberté de nouer des relations librement consenties, d'établir, entretenir et développer des rapports avec d'autres êtres humains et de déterminer librement le contenu de cette relation.

22. **L'article 23 de la Constitution** consacre « *le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine* » et assigne aux différents législateurs l'obligation de garantir, « *en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels* » dont « *le droit à l'épanouissement culturel et social* » (al. 3, 5°) et « *le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle* » (al. 3, 1°).

22.1. L'article 23, al. 3, 5°, de la Constitution, qui garantit le droit à l'épanouissement social et culturel, doit être lu **avec l'article 15, §§ 1 à 3, du PIDESC** qui dispose :

« 1. *Les Etats parties au présent pacte reconnaissent à chacun le droit :*

- a) de participer à la vie culturelle ;*
- b) de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications ;*
- c) de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur.*

2. Les mesures que les Etats parties au présent pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre celles qui sont nécessaires pour assurer le maintien, le développement et la diffusion de la science et de la culture.

3. Les Etats au présent pacte s'engagent à respecter la liberté indispensable à la recherche scientifique et aux activités créatrices.

(...) »

Pour définir l'étendue du droit à l'épanouissement culturel, les requérants se réfèrent à la contribution de Céline ROMAINVILLE dont l'extrait suivant doit être reproduit :

³⁵ Voy. e.a., C.const., n° 151/2006, B.5.5.

³⁶ C.const., n° 16/2005, B.5.1.

« *Les conclusions des auteurs qui se sont penchés sur le droit à l'épanouissement culturel sont (...) similaires à celles dressées pour le droit de participer à la vie culturelle en droit international. Ainsi, Simon-Pierre de Coster estime que le droit à l'épanouissement culturel recouvre le droit d'accéder à la culture, mais aussi le « droit pour chacun d'exprimer librement ses idées en créant des œuvres de l'esprit au sens large, par exemple par le biais de la création d'œuvres artistiques, de la recherche scientifique, de la dispensation d'un enseignement ou de tout autre activité de production ou de commerce de biens ou de services intellectuels (67). Selon cet auteur, le droit à l'épanouissement culturel recouvre à la fois le droit « d'exprimer librement ses idées en créant des œuvres de l'esprit au sens large » et le droit de recevoir librement les idées exprimées par autrui (68). Paul Oriane considère qu'il y a dans le droit à l'épanouissement culturel, un triple rapport. Le premier touche au lien qui unit l'individu à sa propre production scientifique ou artistique. Le deuxième concerne l'accès d'un individu à la somme des savoirs, des expériences et aux autres biens non économiques accumulés par la société. Le troisième rapport a trait à la participation de cet individu à la vie culturelle de sa communauté (69). Rusen Ergec estime également que les droits culturels de l'article 23 renvoient au droit à la protection du droit d'auteur, au rapport de l'individu à sa propre production scientifique ou artistique et au droit à l'accès à la somme des expériences, savoirs ou autres biens non économiques accumulés par la société, ainsi qu'au droit à la participation à la vie culturelle de la communauté (...) »³⁷.*

Certes, le législateur compétent peut imposer des limites à ces droits, toutefois, ces restrictions seraient inconstitutionnelles si le législateur les introduisait sans nécessité ou si ces restrictions devaient avoir des effets disproportionnés au but poursuivi

22.2. L'article 23, al. 3, 1° de la Constitution, qui garantit le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle, doit être lu en combinaison **avec l'article 6.1 du PIDESC**, qui consacre « *le droit qu'a toute personne d'obtenir la possibilité de gagner sa vie par un travail librement choisi ou accepté* » et assigne aux Etats parties l'obligation de prendre « *des mesures appropriées pour sauvegarder ce droit* ».

Ces deux dispositions consacrent donc le droit de choisir librement son activité professionnelle.

Certes, le libre choix d'une activité professionnelle garanti par l'article 23, alinéa 3, 1°, de la Constitution peut lui aussi faire l'objet de restrictions. Toutefois, celles-ci doivent également être objectivement et raisonnablement justifiées et proportionnées par rapport à l'objectif poursuivi³⁸. Dit autrement, « *si le libre exercice des activités professionnelles n'est pas absolu et peut être limité par ou en vertu d'une loi, (...), ces limitations doivent toutefois pouvoir être justifiées par des impératifs d'intérêt général et revêtir un caractère nécessaire et proportionné à ces impératifs* »³⁹.

³⁷ C. ROMAINVILLE, « Le droit à l'épanouissement culturel », in *Les droits constitutionnels en Belgique, op. cit.*, p. 1485.

³⁸ C. const., n° 99/2010, B.6.2.

³⁹ C.E., *Ehnimb*, n° 177.923, du 14 décembre 2007.

Objet de la mesure attaquée et justification

23. Comme l'a relevé Votre Cour dans son arrêt n° 170/2016, « [a]ux termes de l'article 68/2/1, § 3, de la LEPSS, tel qu'il a été inséré par l'article 11 attaqué de la loi du 10 juillet 2016, seuls peuvent exercer la psychothérapie certains professionnels de la santé, en principe les médecins, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, pourvu qu'ils aient suivi une formation spécifique en psychothérapie d'au moins 70 crédits ECTS dans un établissement universitaire ou une haute école et qu'ils aient suivi un stage professionnel dans le domaine de la psychothérapie d'au moins deux ans ou son équivalent en cas d'exercice à temps partiel »⁴⁰.

Certes, le législateur a prévu des dérogations⁴¹, mais de manière limitée dans le temps et l'objectif est bien qu'à terme, seuls les médecins, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens, puissent exercer la psychothérapie de manière autonome, le cas échéant avec l'assistance de praticiens des « *professions de support en soins de santé mentale* » qui peuvent, en leur qualité d'« *assistants* », « *aider* » les praticiens professionnels qui exercent la psychothérapie de manière autonome.

Compte tenu de la définition de la psychothérapie qui fait l'objet de l'article 68/2/1, §§ 1^{er} et 2 de la LEPSS tel qu'inséré par l'article 11 attaqué de la loi du 10 juillet 2016, les trois catégories professionnelles visées se voient reconnaître le monopole de toute « *relation psychothérapeute-patient, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés, conflits et troubles psychologiques dont souffre la patient* ».

24. Comme relevé dans Votre arrêt n° 170/2016, les nouvelles règles relatives à la psychothérapie ont été expliquées comme suit dans l'exposé des motifs du projet de loi devenu la loi attaquée :

« *En toute logique, la psychothérapie doit occuper une place dans le cadre légal des professions des soins de santé afin que des garanties de qualité et des mesures de protection identiques à celles relatives aux autres professions des soins de santé soient d'application.*

Le projet assure pareil ancrage de la psychothérapie dans la loi du 10 mai 2015 relative aux professions des soins de santé.

Contrairement aux professions des soins de santé définies dans la loi du 10 mai 2015, le système d'agrément de titres professionnels n'est pas applicable aux praticiens de la psychothérapie. Comme expliqué au point c) 'Définition' (cf. ci-dessous), la psychothérapie n'est pas une profession en soi, mais plutôt une forme de traitement qui peut être exercée par des personnes disposant déjà d'un titre professionnel bien déterminé et de l'agrément correspondant.

Ces personnes ne doivent pas obtenir un agrément supplémentaire pour être autorisées à exercer la psychothérapie.

Elles ne doivent pas davantage disposer d'un visa spécifique pour la psychothérapie.

⁴⁰ B.8.2.1.

⁴¹ au demeurant inconstitutionnelles.

[...]

Il a été opté en faveur d'un cadre légal restreint incluant une définition de la psychothérapie ; le développement ultérieur de celui-ci sera réglé par un arrêté d'exécution.

[...]

Plutôt que comme une profession des soins de santé en soi, la psychothérapie se conçoit comme une forme de traitement pratiquée par un médecin, un psychologue clinicien ou un orthopédoclogue clinicien, à l'instar de l'avis n° 7855 du Conseil supérieur de la Santé.

Cet avis stipule que la psychothérapie est une spécialisation d'un certain nombre de professions des soins de santé et que l'importance des bases scientifiques et de la complexité de l'évaluation de la pratique psychothérapeutique exige que la formation de base soit au minimum de niveau 'master' (cf. p. 32).

La possibilité est toutefois prévue d'autoriser par arrêté royal délibéré en conseil des ministres, après avis du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, d'autres praticiens professionnels à exercer la psychothérapie.

[...]

La psychologie clinique comprend un très large spectre de soins psychologiques allant de la fourniture d'information à l'information, à la prévention et à la sensibilisation jusqu'au psychodiagnostic, au traitement et à la réadaptation. En d'autres termes, il s'agit ici du niveau de base des prestations de soins de santé psychologiques.

La psychothérapie, en revanche, est une des spécialisations dans l'un des aspects des soins de santé mentale, à savoir le volet traitement. Il s'agit d'une forme de traitement s'adressant à des personnes qui présentent une problématique psychologique ou un trouble psychologique plus complexes et qui nécessitent un traitement souvent plus long s'inscrivant dans une relation thérapeutique spécifique ; à cet effet, une formation complémentaire spécifique est requise » (Doc. parl., Chambre, 2015-2016, DOC 54/1848/001, pp. 7-9) »⁴².

25. Le législateur revendique poursuivre un objectif de qualité. Selon l'auteur du projet ayant donné lieu à la loi attaquée, « *la psychothérapie doit occuper une place dans le cadre légal des professions des soins de santé afin que des garanties de qualité et des mesures de protection identiques à celles relatives aux autres professions des soins de santé soient d'application* »⁴³. Le législateur adopte une « *vision de principe rigoureuse de la psychothérapie en vertu de laquelle celle-ci est une spécialité des soins de santé psychologiques de base ou de la psychologie clinique, exclusivement réservée pour des considérations de qualité à des médecins, à des psychologues cliniciens et à des orthopédoclogues cliniciens* »⁴⁴.

Le législateur l'admet lui-même, la mesure est prise sur base d'une « *vision de principe rigoureuse de la psychothérapie* », pour ne pas dire sur base d'une pétition de principe, selon

⁴² point B.2.1.

⁴³ Exposé des motifs, Doc. parl., Chambre, sess. 2015-2016, DOC 54-1848/001, p. 7.

⁴⁴ Idem, p. 14.

laquelle « *la psychothérapie se conçoit comme une forme de traitement pratiquée par un médecin, un psychologue clinicien ou un orthopédagogue clinicien* ».

Pour justifier cette approche, le législateur prétend s'en remettre à l'avis n° 7855 du Conseil supérieur de la Santé, avis qui stipulerait « *que la psychothérapie est une spécialisation d'un certain nombre de professions des soins de santé et que l'importance des bases scientifiques et de la complexité de l'évaluation de la pratique psychothérapeutique exige que la formation de base soit au minimum de niveau 'master'* (cf. p. 32) »⁴⁵

Selon le législateur, au regard de cette exigence de formation de base au moins de niveau de master, « *trois formations et profils professionnels s'y prêtent : le psychologue clinicien, l'orthopédagogue clinicien et le médecin* »⁴⁶.

Le choix d'exclure toute autre formation de base que celle donnant lieu au titre professionnel de médecin, à celui de psychologue clinicien ou d'orthopédagogue clinicien a également été justifié par une nécessaire rupture avec l'option prise dans la loi du 4 avril 2014 que la loi attaquée abroge. A cet égard, la ministre a déclaré :

« *Quant à la formation pour la psychothérapie, les critères d'admission étaient formulés de manière très large dans la loi du 4 avril 2014. Aucune formation médico-psychologique préalable n'était requise, alors que les soins de santé mentale ont évolué vers des soins basés sur l'évidence. La psychothérapie doit aussi être "evidence based" et la formation préalable doit être centrée sur la transmission aux étudiants de notions médico-psychologiques et de connaissances scientifiques et donc logiquement dans le cadre de la loi du 10 mai 2015* »⁴⁷

26. Les articles 11 et 12 de la loi du 10 juillet 2016 poursuivent donc un double objectif. Le premier, qui se traduit par l'intégration de la réglementation de la psychothérapie dans la LEPSS, vise à assurer un degré de qualité et à assurer des droits aux clients. Le second, qui se traduit par le monopole octroyé aux médecins, psychologues cliniciens et orthopédoques cliniciens, vise à garantir que les praticiens aient, pour garantir cette qualité, des notions médico-psychologiques et des connaissances scientifiques suffisantes pour exercer dans le cadre d'une approche « *evidence based* ».

Admissibilité de la mesure au regard des droits, garanties et principes consacrés par les dispositions visées au moyen

27. Les requérants ne contestent pas que l'encadrement de la psychothérapie ou de l'usage du titre de psychothérapeute puisse être jugé nécessaire et qu'il constitue un objectif légitime dans une société démocratique.

Il est incontestable qu'en interdisant à toute personne qui n'est ni médecin, ni psychologue clinicien, ni orthopédagogue clinicien – et ce quel que soit son niveau de formation spécifique en psychothérapie et son expérience professionnelle – d'exercer toute « *relation*

⁴⁵ Exposé des motifs, *op. cit.*, pp. 8-9, extrait reproduit dans Votre arrêt n° 170/2016.

⁴⁶ Rapport de la première lecture, *Doc. parl.*, Chambre, sess. 2015-2016, DOC 54-1848/003, p. 11.

⁴⁷ Rapport de la première lecture, *op. cit.*, p. 11.

psychothérapeute-patient, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés, conflits et troubles psychologiques dont souffre le patient », le législateur porte atteinte

- à la liberté des personnes issues du champ des sciences humaines d'exercer la psychothérapie et donc une activité professionnelle librement choisie,
- à la liberté d'établir des relations personnelles, que ce soit du point de vue du psychothérapeute ou de celui du client, et ce au mépris du libre arbitre et de l'autodétermination de tout individu de se faire aider face à ses difficultés, conflits ou troubles psychologiques par la personne de son choix et suivant la pratique psychothérapeutique de son choix, et particulièrement dans un cadre ou avec une approche différente de l'approche bio-médicale des praticiens des soins de santé, et donc au libre choix de la manière d'assurer son épanouissement personnel, social et culturel,
- à la liberté de participer et bénéficier du processus créatif dans le champ des sciences humaines, en violation de l'obligation de la Belgique de respecter la spécificité de l'expression artistique et culturelle qui peuvent être au cœur du processus psychothérapeutique, l'Etat étant tenu de prendre les mesures « *qui sont nécessaires pour assurer le maintien, le développement et la diffusion de la science et de la culture* »⁴⁸ et « *de respecter la liberté indispensable à la recherche scientifique et aux activités créatrices* ».

28. Comme il a été souligné au point @@, le législateur justifie devoir réserver l'exercice de la psychothérapie aux trois professions choisies pour se conformer aux recommandations formulées par le Conseil supérieur de l'Hygiène.

Or, les recommandations de cet organe consultatif sont fondamentalement différentes de ce qu'a voulu en retenir l'auteur du projet ayant donné lieu à la loi attaquée. En effet, s'il est exact que le Conseil supérieur de l'Hygiène appréhende la psychothérapie comme un traitement efficace dans les soins de santé, il ne préconise absolument pas d'en réserver l'exercice aux trois catégories professionnelles retenues, ni même de le réserver à des professions des soins de santé *sensu stricto*. En réalité, le Conseil supérieur d'Hygiène recommande que :

« *la profession de psychothérapeute soit intégrée dans le cadre légal de l'A.R. 78 concernant les professions de soins de santé, plus particulièrement sous forme de spécialisation d'un certain nombre de professions de base auxquelles a été ajoutée une formation spécifique. Afin de garantir une clarté maximale, le praticien devrait mentionner sa profession de base (médecin, psychiatre, psychologue, assistant social, infirmière) avant son titre de psychothérapeute. En outre, les conditions minimales de formation, les principes de base d'un comportement professionnel et les directives à suivre en vue de la meilleure pratique possible sont spécifiés ci-dessous dans le but d'obtenir ainsi une garantie de qualité.* »⁴⁹

⁴⁸ PIDESC, art. 15, § 2.

⁴⁹ Avis n° 7855, p. 32, les requérants soulignent.

Certes, le Conseil supérieur d'Hygiène retient également, lorsqu'il envisage les formations nécessaires à l'exercice de la psychothérapie, que cette dernière « - *qui constitue un traitement dans le secteur des soins de santé – est une spécialisation d'un certain nombre de professions du secteur en question* ». Toutefois, le Conseil supérieur d'Hygiène inclut, dans les « professions de base » pouvant moyennant une formation spécifique exercer la psychothérapie, les assistants sociaux, notamment, qu'il considère comme des professionnels de la santé mentale à part entière⁵⁰.

29. Ensuite, le législateur justifie la sélection des professions pouvant exercer la psychothérapie par l'affirmation que « [*]a psychothérapie doit aussi être "evidence based" et la formation préalable doit être centrée sur la transmission aux étudiants de notions médico-psychologiques et de connaissances scientifiques et donc logiquement dans le cadre de la loi du 10 mai 2015* »⁵¹.

Ici aussi, l'avis rendu par le Conseil supérieur d'Hygiène doit être bien compris. En effet, il ne plaide pas pour limiter la pratique à une approche "evidence based". Tout au plus, il « *inventorie les données scientifiques basées sur l'évidence (« evidence based») en faveur de l'efficacité des psychothérapies* ». Les auteurs de l'avis complètent d'ailleurs cette approche « *par la prise en considération d'autres critères indispensables pour les bonnes pratiques dans le domaine* »⁵². Se fondant sur la littérature qui compulse les études empiriques entreprises au cours des soixante dernières années, le Conseil supérieur d'Hygiène retient que « *la psychothérapie est efficace et qu'elle jouit de tailles d'effet qui, en moyenne, égalent celles des traitements somatiques et médicaux. En général, il y a peu ou pas de différences entre les thérapies sérieuses (le fameux Dodo bird verdict, Luborsky et al. 2001), surtout après les corrections effectuées dans le but de prendre en compte l'allégeance du chercheur principal. Les processus interpersonnels (comme la construction d'une alliance de travail), la personne et l'expertise du thérapeute (sans tenir compte de l'orientation à laquelle celui-ci appartient) s'avèrent avoir davantage d'impact sur la variance des effets que les techniques spécifiques utilisées (Lambert & Ogles, 2004; Norcross, 2002; Wampold, 2001). Ceci indique l'importance capitale d'une sélection et d'une formation soigneuses des candidats-thérapeutes et d'une (auto-)évaluation perpétuelle.* »⁵³

L'avis tempère également la pertinence d'une approche "evidence based" de la psychothérapie en insistant sur la nécessité de la compenser par une approche "value-based" :

« **3.1.3. Bases des pratiques thérapeutiques**

La pratique basée sur l'évidence scientifique (« evidence based ») présuppose une intégration de (a) l'expertise clinique du thérapeute avec (b) les meilleurs preuves externes disponibles des recherches systématiques, en (c) tenant entièrement compte des préférences du client. Cela veut dire que la prise de décisions sur le traitement des clients individuels implique toujours un processus complexe d'évaluation qui, bien que 'science informed', est également guidé par l'estimation de la situation individuelle de chaque client et les valeurs et souhaits de

⁵⁰ Avis n° 7855, p. 13 ; et l'extrait visé à la note précédente.

⁵¹ Rapport de la première lecture, *op. cit.*, p. 11.

⁵² Avis CSH n° 7855, p. 1.

⁵³ *Idem*, pp. 15-16.

celui-ci. Ceci implique que les décisions sont également toujours value-based, c'est-à-dire basées sur la « valeur » qu'accorde chaque client à des préoccupations personnelles éthiquement acceptables : par exemple, moins de symptômes, plus de compréhension de son fonctionnement psychique (Fulford, 2004). »⁵⁴

Et lorsqu'il formule ses « directives pour l'exercice des bonnes pratiques » :

« Une bonne pratique nécessite que ces propositions basées sur l'évidence scientifique (« evidence based ») soient complétées par l'expérience pratique (« practice based ») et qu'elles correspondent aux valeurs (« value based ») tant du psychothérapeute que du patient. »⁵⁵

Dès 2007, le Pr. Mony ELKAÏM soulevait déjà la question de la dangerosité « de promouvoir pour les psychothérapies une approche calquée sur l'evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves), c'est-à-dire une psychothérapie qui ne se justifie que de ses résultats ». L'éminent auteur, d'ailleurs expert auprès du groupe de travail ayant assisté le Conseil supérieur d'Hygiène dans son avis sur les psychothérapies⁵⁶, relevait que « [l]es thérapies ne sont pas des médicaments administrés à des patients : on ne peut donc pas transposer directement l'étude de leurs résultats des protocoles expérimentaux qui concernent les médicaments, pas plus qu'on ne peut réduire le sujet à un symptôme » et que l'on risquait, à suivre cette voie, « de prendre pour la pratique la plus efficace celle qui aura fait les recherches les plus poussées sur son efficacité, celle qui se sera montrée apte non pas forcément à obtenir les meilleurs résultats, mais simplement à les présenter d'une façon qui emporte la conviction »⁵⁷.

30. Du reste, l'objectif revendiqué de garantir que les psychothérapeutes disposent des « notions médico-psychologiques et [des] connaissances scientifiques » nécessaires à ce que leur pratique soit « evidence based » pourrait aisément être atteint par d'autres moyens, moins attentatoires aux droits garantis par les dispositions visées au moyen, notamment en permettant aux titulaires de diplômes en sciences humaines de compléter leur formation de base, comme préconisé par le Conseil supérieur d'Hygiène, par des formations permettant d'acquérir ces notions et connaissances scientifiques qu'ils n'auraient pas – *quod non certa est* – à l'occasion de leur formation spécifique à la psychothérapie, le cas échéant au travers d'un complément ou d'une mise à niveau. La mesure contestée va donc manifestement au-delà de ce qui est strictement nécessaire à la réalisation de l'objectif exposé dans les travaux préparatoires de la loi.

De ce point de vue, déjà, le moyen est fondé.

31. L'objectif réel du législateur pourrait cependant être plus pernicieux et viser, en réalité, non pas à garantir que les praticiens de la psychothérapie aient les fondements nécessaires à une approche « evidence based » – cet objectif ne nécessitant à l'évidence pas de limiter l'exercice de la psychothérapie aux seuls médecins, psychologues cliniciens et

⁵⁴ *Idem*, p. 16.

⁵⁵ *Idem*, p. 37

⁵⁶ Votre Cour relèvera l'usage du pluriel dans l'intitulé même de l'avis.

⁵⁷ *Comprendre et traiter la souffrance psychique*, dir. M. ELKAÏM, Le Seuil, Paris, 2007, p. 11.

orthopédagogues cliniciens – mais à modéliser les futurs praticiens au travers de la seule approche « médico-psychologique ».

L'exclusion des profils issus des sciences humaines ne serait pas la conséquence d'une mesure nécessaire pour garantir la qualité des traitements par une approche "*evidence based*" mais un objectif politique en soi. Cet objectif se réalise par la suppression du métier de psychothérapeute, la psychothérapie devenant « un type de soin » qui ne pourra plus être pratiqué que par les médecins, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens.

Compte tenu de la définition que le législateur donne à la psychothérapie, laquelle inclut toute relation interpersonnelle visant à aider à alléger des difficultés ou souffrances, la mesure constitue clairement une ingérence arbitraire dans les droits et libertés fondamentales des individus protégés par les dispositions visées au moyen, et une atteinte grave au pluralisme nécessaire au développement culturel et scientifique de l'humanité. De ce point de vue, elle constitue une atteinte grave au droit des requérants à l'épanouissement social et culturel et une violation de l'obligation positive de l'Etat de garantir cet épanouissement, l'étendue de cette obligation devant être déterminée au regard des obligations imposées par l'article 15 du PIDESC.

32. L'apport déterminant des sciences humaines, de la philosophie, de l'anthropologie, de la sociologie, dans la compréhension de ce qui fait l'humain et donc dans le développement des psychothérapies reconnues et validées n'est pas à démontrer.

Depuis près de 100 ans, les psychothérapies se sont développées dans un champ particulier mettant en œuvre des modalités propres d'organisation, de formation et d'évaluation impliquant certes des médecins, des psychiatres, des psychologues, mais également d'autres acteurs issus du secteur psychosocial dont des conseillers conjugaux et familiaux, des sexologues, criminologues, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, médiateurs, etc.

Le champ de la psychothérapie est en évolution constante, et de nouvelles voies sont sans cesse explorées et doivent continuer à pouvoir l'être dans des conditions aptes à garantir l'équilibre entre un objectif de qualité et de lutte contre les charlatans d'une part, et les droits et libertés individus, d'autre part. Le législateur ne peut nier l'apport historique de figures issues du champ des sciences humaines sur l'émergence et le développement des psychothérapies reconnues, et priver les requérants et la société dans sa globalité de cet apport pour l'avenir. Le législateur doit garantir les conditions d'un réel développement culturel, social et scientifique, et s'abstenir de toute mesure visant ou ayant pour effet de restreindre la création culturelle et scientifique à laquelle participe l'exercice de la psychothérapie comme définie de manière large par la loi du 10 juillet 2016. La mesure contestée méconnaît cette obligation positive à charge de l'Etat et porte une atteinte arbitraire au droit à l'émancipation sociale et culturelle des individus dans un travail de recherche personnelle dans un autre cadre que le modèle moniste « bio-médical ».

33. En toute hypothèse, compte tenu de l'atteinte aux droits, garanties et principes consacrés par les dispositions visées au moyen, l'exclusion pure et simple des praticiens issus du champ des sciences humaines de l'exercice de toute relation psychothérapeutique ne peut être objectivement et raisonnablement justifiée.

Le second moyen est fondé.

A CES CAUSES,

Les requérants Vous prient, Messieurs les Premiers Présidents, Mesdames et Messieurs les Juges, d'annuler les articles 11 et 12 de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part.

Bruxelles, le 30 janvier 2017

Pour les requérants,
leur conseil,

Vincent LETELLIER

INVENTAIRE

1. Loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part ;
2. statuts de la première requérante.