

La loi du 4 avril 2014 : vers des soins de santé mentale de meilleure qualité ?

Analyse des nouveaux droits et obligations du psychologue clinicien et de son patient dans la
perspective de la survenance d'un dommage

Mémoire réalisé par
Alice Uyttersprot

Promoteur
Geneviève Schamps

Année académique 2017-2018
Master en droit

Le plagiat entraîne l'application des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens de l'UCL.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation des idées et énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées et quelle qu'en soit l'ampleur, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement à l'endroit exact de l'utilisation.

La reproduction littérale du passage d'une œuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source consultée.*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Ce travail et les études qu'il conclut n'auraient pas été possibles sans une aide et un soutien précieux. Je tiens donc à remercier :

Ma promotrice, Madame Geneviève Schamps, pour sa gentillesse, sa passion communicative et ses conseils ;

Madame Emmanuelle Zech pour son expertise avisée et le temps qu'elle a pu me consacrer ;

Mes parents pour leur soutien infaillible, leur expérience et leurs conseils durant ces cinq années d'études, et en particulier ma maman pour le temps et la patience qu'elle a consacrés à la relecture et la correction de mes travaux ;

Enfin, mes amis pour leur entraide et sans lesquels je me serais parfois sentie bien seule.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
TITRE 1^{ER}. LA RELATION PATIENT – PSYCHOLOGUE CLINICIEN	3
Chapitre 1^{er}. Le champ d’application	3
Section 1 ^{ère} . Le psychologue clinicien	4
§1 ^{er} . Les conditions d’exercice de la psychologie clinique	4
A. Les formalités à accomplir	5
1. L’agrément	5
2. Le visa	6
3. Le stage professionnel	6
B. Les dérogations	8
C. Les sanctions	9
§2. Le port du titre de psychologue	10
Section 2. Le patient	10
§1 ^{er} . Notion	11
§2. Le patient capable	12
§3. Le patient vulnérable	12
A. Le patient mineur	13
B. Le patient majeur incapable	14
C. Les mécanismes de protection	16
Section 3. Les soins prodigués par le psychologue clinicien	17
Chapitre 2. Les nouveaux droits et obligations du psychologue clinicien et de son patient	19
Section 1 ^{ère} . L’établissement de la relation	19
§1 ^{er} . La nature de la relation	19
§2. Le libre choix du psychologue clinicien et le droit de refuser le patient	20
§3. La liberté diagnostique et thérapeutique	21
Section 2. Le déroulement de la relation	21
§1 ^{er} . Dans le chef du psychologue clinicien	21
A. Le devoir de réorientation	21
B. L’obligation de communiquer les données relatives à la santé du patient à d’autres praticiens professionnels	22
C. Le secret professionnel	22
§2. Dans le chef du patient	24
A. Le droit à des prestations de qualité	24
B. Le droit à l’information et au consentement libre et éclairé	25
1. Le droit à l’information sur son état de santé	25
2. Le droit au consentement	25
C. Les droits relatifs au dossier du patient	27
D. Une obligation : la collaboration	29
Section 3. La fin de la relation	29
§1 ^{er} . L’obligation de continuité des soins	29
§2. Les honoraires	30
TITRE 2. LA SURVENANCE D’UN DOMMAGE AU PATIENT : QUELLES SOLUTIONS ?	31

Chapitre 1^{er}. Les solutions judiciaires	31
Section 1 ^{ère} . La responsabilité civile du psychologue clinicien	31
§1 ^{er} . La responsabilité personnelle du psychologue clinicien	32
Introduction	32
A. Nature des obligations du psychologue clinicien	33
B. La faute du psychologue clinicien	34
1. La violation d'une norme de conduite déterminée	35
2. La violation d'une norme de conduite indéterminée	36
C. Le dommage et le lien causal	37
§2. La responsabilité du psychologue clinicien pour le fait d'autrui	38
A. La responsabilité du psychologue clinicien du fait de ses collaborateurs	38
1. Les collaborateurs non psychologues	38
2. Les professions de support en soins de santé mentale	40
B. La responsabilité du psychologue clinicien du fait du candidat psychologue clinicien	41
1. Le candidat psychologue clinicien est un préposé	42
2. Le candidat psychologue clinicien est un élève	43
§3. La responsabilité du psychologue clinicien du fait des choses	44
Section 2. La responsabilité civile de l'hôpital	44
§1 ^{er} . La responsabilité personnelle de l'hôpital	45
A. Le contrat-médecin-out : les soins d'accompagnement et les obligations organisationnelles	46
B. Le contrat <i>all in</i> : les prestations médicales	46
§2. La responsabilité de l'hôpital pour le fait d'autrui	47
A. La responsabilité contractuelle et extracontractuelle de l'hôpital du fait du psychologue clinicien	47
1. Le statut du psychologue clinicien au sein de l'hôpital	48
2. Incidence du statut sur l'obligation de réparer le dommage	50
B. La responsabilité centrale de l'hôpital	51
§3. La responsabilité de l'hôpital du fait des choses	52
Chapitre 2. Les solutions extrajudiciaires	54
Section 1 ^{ère} . La médiation dans les soins de santé	54
§1 ^{er} . Principes	54
§2. Rôle et avantages de la médiation	56
§3. Difficultés de la médiation	57
Section 2. Le Fonds des accidents médicaux	58
§1 ^{er} . Principes	58
§2. Rôle et avantages du Fonds des accidents médicaux	59
§3. Difficultés du Fonds des accidents médicaux	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXE : INTERVIEW DE MADAME EMMANUELLE ZECH, VICE-DOYENNE DE LA FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION	78

INTRODUCTION GENERALE

Vingt ans de revendications, trois tentatives législatives, tel est le prélude de la reconnaissance du psychologue clinicien comme profession de soins de santé autonome. Cette reconnaissance a pour corollaire la reconnaissance de l'importance de la santé mentale dans la prise en charge du patient, que celui-ci soit traité pour une affection biologique ou psychique. Une prise en charge de qualité de la santé mentale des individus par un traitement psychologique non médicamenteux permet non seulement d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être, mais peut également avoir un impact sur la productivité des entreprises et la compétitivité de notre État¹.

Et pourtant, la santé mentale des citoyens fait, aujourd'hui, grise mine. Ainsi, selon la quatrième édition de « l'Enquête nationale de santé », un quart de la population ressent un sentiment de mal-être et un dixième des répondants traverse actuellement un épisode dépressif². Ajoutez à cela l'augmentation des prescriptions pour des psychotropes... la courbe du bonheur dans notre plat pays, semble, elle aussi, bien plate.

Pour redynamiser cette courbe, le législateur a misé sur la poursuite de soins de santé mentale de meilleure qualité en passant par une réorganisation complète de la profession de psychologue clinicien. Tel est le résultat de la loi du 4 avril 2014 (ci-après « loi Muylle ») réglementant les professions des soins de santé mentale.

Des soins de santé mentale de qualité passent tout d'abord par une prise en charge de qualité par un professionnel suffisamment compétent, raison pour laquelle des conditions ont été posées à l'exercice de la profession de psychologue clinicien. Un professionnel diligent doit également être conscient de ses limites et ne pas hésiter, le cas échéant, à renvoyer le patient vers un autre professionnel plus apte à répondre aux besoins du patient. Des soins de santé de qualité, ce sont donc aussi des soins basés sur l'interdisciplinarité. Tels sont les objectifs poursuivis par le nouveau chapitre 6/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 (ci-après « LEPSS » ou « la loi coordonnée »).

La poursuite de soins de santé mentale de qualité ne peut pas non plus se départir de la nécessité d'accorder une attention particulière au patient, victime de l'asymétrie propre à la relation

¹ Proposition de loi réglementant 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001, p. 4.

² *Ibid.*

thérapeutique. Par ailleurs, un événement douloureux vécu durant la vie privée ou professionnelle - tels une maladie, un licenciement ou la perte d'un être cher – peut entraîner une certaine fragilité dans sa capacité à appréhender les situations et à raisonner. Le mal-être psychologique nous rend donc vulnérables³. Pour contrer cette vulnérabilité, des droits sont reconnus au patient par la loi du 22 août 2002 (ci-après “loi « droits du patient »”) dont le champ d’application personnel a été étendu au psychologue clinicien et donc également à son patient.

Enfin, des soins de santé de qualité sont des soins caractérisés par une absence de dommage ou, à tout le moins, par une prise en charge adéquate de ce dommage et du patient-victime. Une telle prise en charge doit être de nature à éviter les relations conflictuelles entre le patient et son prestataire de soins entraînant, d’un côté, une perte de confiance dans le monde thérapeutique et de l’autre, l’instauration d’une médecine défensive davantage préoccupée par sa responsabilité que par l’accompagnement du patient. La loi du 31 mars 2010 relative à l’indemnisation des dommages résultant de soins de santé, également applicable au psychologue clinicien depuis le 1^{er} septembre 2016, est l’un des instruments qui tend à cet objectif.

La loi du 4 avril 2014 répond-elle à l’ensemble de ces exigences ? Ses dispositions sont-elles réellement capables de mener à des soins de santé mentale de qualité ? Une analyse des différents mécanismes s’impose.

Pour ce faire, nous procéderons en deux temps : le calme avant la tempête, la situation paisible avant le conflit. Ainsi, dans un premier titre, nous étudierons la relation patient-psychologue clinicien en délimitant les concepts d’une part (chapitre 1^{er}) avant de s’attarder sur les nouveaux droits et obligations des parties (chapitre 2).

Survient ensuite la tempête entraînant avec elle une complexification de la situation et une marée de questions. Un dommage est survenu au patient ou à ses ayants droit. Telle est l’hypothèse de notre second titre. Deux voies s’offrent alors à eux : braver la tempête et lancer une action judiciaire (chapitre 1^{er})⁴ ou, au contraire, rejoindre le port le plus proche et s’intéresser aux solutions extrajudiciaires (chapitre 2)⁵.

³ C. BAUCHETET, « La relation de soin face à la vulnérabilité et ses conséquences », *Hématologie*, 2012, p. 76.

⁴ Le patient devra faire preuve de courage et de détermination, mais parviendra peut-être, au bout d’un long combat, à destination.

⁵ En choisissant cette option, le patient se contentera de la Mer de Nord, alors qu’il souhaitait traverser l’Atlantique, mais il se trouvera sans doute plus en sécurité. Toutefois, si la Mer du Nord est peu habituée aux ouragans, quelques tempêtes ne sont pas à exclure.

TITRE 1^{ER}. LA RELATION PATIENT – PSYCHOLOGUE

CLINICIEN

Réglementer la psychologie clinique est une chose, une autre est d'en définir la portée. Qu'est-ce que la psychologie clinique, qui peut l'exercer et qui est la personne prise en charge ? Ces questions trouveront une réponse dans le chapitre 1^{er} de ce titre 1^{er}. Une fois les différents concepts établis, nous pourrons plonger dans le cœur de la matière et étudier, dans un chapitre 2, les droits et obligations qui jalonnent la relation thérapeutique.

CHAPITRE 1^{ER}. LE CHAMP D'APPLICATION

Les distinctions entre les différents acteurs de la santé mentale ne sont pas toujours aisées à appréhender pour le patient⁶. Entre les thérapeutes, psychiatres et autres psychologues, difficile de faire le tri. Par ailleurs, il existe de nombreux secteurs au sein desquels un psychologue peut travailler : entreprises, écoles, hôpitaux, bureaux de recrutement, ...⁷, mais seul l'exercice de la psychologie clinique a été réglementé⁸. Ainsi, des conditions d'exercice ont été posées, afin de lutter contre le charlatanisme (section 1^{ère}).

Le psychologue clinicien n'est, par ailleurs, pas le seul à intéresser le droit. Depuis quelques années déjà, le patient est protégé par la loi. Si le Code de déontologie des psychologues emploie la notion de « client », nous verrons néanmoins que la personne qui s'adresse à un psychologue clinicien peut être qualifiée de « patient » (section 2).

⁶ Proposition de loi réglementant les professions de la santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001, p.5 ; E. ZECH et N. NADER-GROSBOIS, « Préface », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, p. 1.

⁷ K. DE WITTE, « Le périmètre de la psychologie », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 13.

⁸ Notons que 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 (*M.B.*, 20 mai 2014, p. 40080) entend également régir, à côté de l'exercice de la psychologie clinique, celui de l'orthopédagogie clinique. Par ailleurs, depuis 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 (*M.B.*, 29 juillet 2016, p. 46374), l'exercice de la psychothérapie fait, elle aussi, l'objet d'une réglementation. Notre exposé se limitera toutefois à la psychologie clinique.

Enfin, si l'on sait qui peut exercer la psychologie clinique, encore faut-il déterminer le domaine de compétence de ces professionnels. La section 3 de ce premier chapitre sera donc consacrée à l'étude de la définition légale de la psychologie clinique.

Section 1^{ère}. Le psychologue clinicien

Afin d'offrir aux patients une certaine garantie de qualité des soins de santé mentale, le législateur a défini les conditions d'exercice de la psychologie clinique⁹ (§1^{er}). Cette nouvelle réglementation offre également au psychologue clinicien la qualité de « praticien professionnel », créant ainsi de nouveaux droits et obligations dans le chef de ce professionnel de la santé mentale, que nous étudierons ultérieurement. Parallèlement, si l'intéressé souhaite porter le titre de *psychologue* clinicien, il devra en outre se conformer aux dispositions de la loi du 8 novembre 1993¹⁰ (§2)¹¹.

§1^{er}. Les conditions d'exercice de la psychologie clinique

Selon le Conseil Supérieur de la Santé¹² (ci-après « CSS »), pour être apte à travailler de manière autonome, le psychologue doit suivre une formation en trois phases, à savoir un bachelier en psychologie¹³ (première phase), suivi d'un master en psychologie (deuxième phase)¹⁴ avant de poursuivre la formation par une période de pratique supervisée (troisième phase)¹⁵. C'est dans cette optique que le législateur belge impose, pour l'exercice de la psychologie clinique, l'obtention d'un agrément, lequel ne sera accordé que moyennant le respect de certaines conditions¹⁶.

⁹ Proposition de loi réglementant les professions de la santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de ses soins de santé, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001, p. 7.

¹⁰ Loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, *M.B.*, 31 mai 1994, p. 14732.

¹¹ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 170.

¹² Se référant lui-même à un avis émis par l'*European Federation of Psychologists' Associations*.

¹³ Ou une formation équivalente.

¹⁴ Ou une formation équivalente.

¹⁵ Conseil Supérieur de la Santé (CSS), *Avis : définition et profil de compétences de la psychologie clinique en Belgique*, juin 2015, n°9194, p. 11.

¹⁶ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

A. Les formalités à accomplir

1. L'agrément

a) *La procédure*

« En dehors des praticiens visés à l'article 3, § 1^{er}, nul ne peut exercer la psychologie clinique s'il n'est titulaire d'un agrément délivré par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions »¹⁷. Bien que le texte face référence au ministre fédéral¹⁸, ce sont bien les communautés¹⁹ qui, depuis la sixième réforme de l'Etat, sont compétentes pour délivrer l'agrément, dans le respect des conditions fixées par l'Etat fédéral²⁰. Dès que l'arrêté royal fixant les conditions d'agrément²¹ aura été adopté, les communautés détermineront librement la procédure à suivre²².

b) *Les conditions*

Si le Roi est chargé de fixer les conditions requises pour l'obtention, le maintien et le retrait de l'agrément²³, certaines d'entre-elles sont déjà consacrées par la loi coordonnée du 10 mai 2015.

Ainsi, aux termes de la loi coordonnée, l'agrément en psychologie clinique ne peut être délivré qu'au porteur d'un diplôme universitaire dans le domaine de la psychologie clinique, sanctionnant une formation d'au moins cinq années d'études ou 300 ECTS et comprenant un stage dans le domaine de la psychologie clinique²⁴. Actuellement, il n'existe, à proprement parler, pas en Belgique de « master en psychologie clinique »²⁵. Un arrêté royal est toujours attendu afin de préciser la formation exigée pour obtenir l'agrément²⁶, sachant que le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale (ci-après le « Conseil fédéral ») a précisé,

¹⁷ *Ibid.*, art. 68/1, §1^{er}, al. 1^{er}.

¹⁸ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 158.

¹⁹ En Communauté française, cette compétence est exercée par le Ministre-Président ; Fédération Wallonie-Bruxelles, « Agrément des prestataires de soins de santé », voy. <http://www.enseignement.be/index.php?page=27056> (dernière consultation le 17 juin 2018).

²⁰ Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, art. 5, §1^{er}, I, 7^o, a), *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434.

²¹ Ainsi, les conditions d'agrément seront identiques dans toute la Belgique ; Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2012-2013, n°5-2232/1, p. 47.

²² M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 158.

²³ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §2, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172. La loi prévoit, en son article 68/3, §1^{er}, que le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale est chargé de donner des avis notamment en matière d'agrément. Si un premier avis a été rendu le 8 février 2018, à ce jour (17 juin 2018), aucun arrêté royal n'a encore été adopté.

²⁴ *Ibid.*, art. 68/1, §2, al. 2.

²⁵ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 154.

²⁶ L. BODDEZ et S. CALLENS, « De klinisch psychologen en de wet uitoefening gezondheidszorgberoepen », in *Medisch Recht* (sous la dir. de S. LIERMAN et G. SCHAMPS), Brugge, Die Keure, 2017, p. 4.

dans son avis du 8 février 2018, les objectifs finaux, théoriques et pratiques de la formation de base qui devra être suivie²⁷.

Une assimilation est par ailleurs prévue en faveur des détenteurs d'un diplôme universitaire dans le domaine de la psychologie délivré avant le 1^{er} septembre 2016 (date d'entrée en vigueur de l'article) et disposant d'une expérience professionnelle de minimum trois ans²⁸ dans le domaine de la psychologie clinique²⁹. Ces derniers pourront donc, eux-aussi, solliciter leur agrément dès que la procédure sera mise en place. S. CALLENS ajoute que seuls les diplômés en psychologie avec spécialisation en psychologie clinique entrent dans le champ d'application de cette assimilation³⁰.

2. Le visa

Les psychologues cliniciens étant soumis aux dispositions introductives de la loi coordonnée, ceux-ci doivent encore faire viser leur diplôme afin d'en attester la validité³¹. L'on peut toutefois se demander si cette seconde formalité ne fait pas doublon avec la nécessité d'obtenir un agrément dès lors que la validité du diplôme fera sans aucun doute l'objet d'un examen par la commission d'agrément³².

3. Le stage professionnel

Selon le Conseil Supérieur de la Santé, les compétences acquises au terme de la formation universitaire visée ci-avant ne sont pas suffisantes pour permettre l'exercice autonome de la

²⁷ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018, pp. 17 à 18. L'avis fait ainsi état de connaissances relatives notamment aux bases biologiques, psychologiques, sociales du fonctionnement humain, à l'éthique et la déontologie, la psychologie clinique ou encore la psychopathologie et la psychiatrie.

²⁸ Le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale parle d'une expérience professionnelle *en tant que psychologue* au cours de laquelle l'intéressé apporte la preuve qu'il est devenu compétent dans au moins trois des cinq actes visés par la définition de la psychologie clinique (voy. *infra*) : Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018, p. 24.

²⁹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §2, al. 2, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

³⁰ L. BODDEZ et S. CALLENS, « De klinisch psychologen en de wet uitoefening gezondheidszorgberoepen », o.c., p. 4 ; Ainsi, tant l'Université catholique de Louvain que l'Université libre de Bruxelles proposent des masters en sciences psychologiques avec option/finalité psychologie clinique (voy. pour l'UCL : <https://uclouvain.be/fr/facultes/psp/epsy/master-en-sciences-psychologiques.html> et pour l'ULB : <https://www.ulb.ac.be/programme/MA-PSYC/index.html>).

³¹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 25, §1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

³² M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », o.c., p. 159.

psychologie clinique³³. Suivant cet avis, le législateur a ainsi décidé d'imposer à quiconque souhaite exercer la psychologie clinique, l'accomplissement d'un stage professionnel³⁴.

Il s'agit là d'une troisième formalité à respecter, distincte du stage prévu dans le cadre de la formation universitaire, qui ne sera applicable qu'à l'égard des étudiants ayant entamé leur formation à compter de l'année académique 2017-2018 et dont les modalités doivent encore être précisées par arrêté royal³⁵.

Par ailleurs, l'accomplissement de ce stage ne conditionne pas l'octroi de l'agrément³⁶. L'on peut, dès lors, se poser la question des conséquences du non-respect de cette condition³⁷. Il semble, selon M. VAN OVERSTRAETEN, que celle-ci soit liée au visa mentionné ci-avant. En effet, une personne souhaitant exercer la psychologie clinique ne sera en mesure d'accomplir le stage professionnel qu'après avoir sollicité son agrément et un visa. Si après accomplissement de ces formalités, il s'avère qu'elle n'a pas suivi un tel stage, la commission médicale provinciale pourra alors suspendre son visa³⁸.

Toutefois, selon Emmanuelle ZECH, membre du Conseil fédéral, le schéma serait autre. En effet, d'après elle, pour pouvoir accomplir son stage professionnel, le candidat doit obtenir un *visa pour le stage*³⁹ et ce n'est qu'après avoir effectué le stage professionnel avec succès, qu'il sera alors en mesure de solliciter son agrément en tant que psychologue clinicien autonome⁴⁰.

En tout état de cause, l'arrêté royal relatif aux modalités du stage et les réglementations quant aux procédures et conditions d'agrément devront préciser ces points d'incertitude.

³³ Conseil Supérieur de la Santé (CSS), *Avis : définition et profil de compétences de la psychologie clinique en Belgique*, juin 2015, n°9194, p. 38.

³⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §4, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

³⁵ *Ibid.*, art. 68/1, §4, al. 2 ; Le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale a d'ores et déjà rendu un avis quant aux critères à respecter pour le stage professionnel. Il recommande ainsi de porter la durée du stage à 1680 heures, avec possibilité de le décomposer en plusieurs périodes. Le stage pourra être effectué dans une structure de soins ou chez un prestataire indépendant.

³⁶ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 160.

³⁷ L. BODDEZ et S. CALLENS, « De klinisch psychologen en de wet uitoefening gezondheidszorgberoepen », *o.c.*, p. 6.

³⁸ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 119, §1^{er}, al. 1^{er}, 2^o, i), *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172 ; M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 168.

³⁹ À distinguer du visa évoqué au point 2 ci-avant.

⁴⁰ Voy. interview de Madame Emmanuelle ZECH en annexe. Elle y précise que le psychologue clinicien qui n'a pas réussi son stage professionnel pourra exercer en tant que profession des soins de support.

B. Les dérogations

Depuis la loi du 10 juillet 2016 (aussi appelée « loi De Block »), modifiant la loi du 4 avril 2014, il est prévu que « *peut également exercer la psychologie clinique, le titulaire d'un agrément en orthopédagogie clinique qui possède une connaissance suffisante de la psychologie clinique* »⁴¹⁴². Aucune procédure n'est toutefois prévue afin de déterminer cette connaissance suffisante. Sur ce point encore, un arrêté royal est attendu⁴³.

Enfin, sont également autorisés à exercer la psychologie clinique, « *les praticiens visés à l'article 3, §1^{er}* »⁴⁴. Il s'agit des praticiens de l'art médical. Selon l'exposé des motifs du projet de loi De Block, cette extension, justifiée par un besoin de collaboration interdisciplinaire, ne fait que préciser la position des médecins. En effet, cet exercice était déjà implicitement autorisé « *dans la mesure où la définition de l'exercice de la médecine [...] est tellement large* » qu'elle englobe les activités de psychologue clinicien⁴⁵. Dans le même temps, il a donc été précisé que ces actes, lorsqu'ils sont exercés par un psychologue clinicien, ne sont pas considérés comme un exercice illégal de la médecine⁴⁶.

La ministre est toutefois venue nuancer le propos en précisant que le rôle du médecin se limite à la dispensation de conseils et autres formes primaires de soutien psychologique. Suivant son devoir de réorientation, il devra ainsi renvoyer le patient vers un psychologue clinicien dès que les besoins du patient dépassent ce niveau⁴⁷.

⁴¹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §1^{er}, al. 2, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172 tel que modifié par 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, art. 9, al. 1^{er}, 1^o, c), *M.B.*, 29 juillet 2016, p. 46374.

⁴² Sur la procédure d'agrément et les conditions d'exercice de l'orthopédagogie, voy. *mutatis mutandis supra* à propos du psychologue clinicien ; loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/2, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

⁴³ L. BODDEZ et S. CALLENS, « De klinisch psychologen en de wet uitoefening gezondheidszorgberoepen », *o.c.*, p. 7.

⁴⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §1^{er}, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

⁴⁵ 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2015-2016, n°54-1848/001, p. 15.

⁴⁶ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §3, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

⁴⁷ 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2015-2016, n°54-1848/001, p. 16.

C. Les sanctions

Plusieurs types de sanction sont susceptibles de s'appliquer à celui qui exerce la psychologie clinique en méconnaissance des conditions d'exercice.

La loi coordonnée prévoit tout d'abord, en son article 122, §1^{er}, 1^o, des peines d'amende et d'emprisonnement à l'encontre de celui qui exerce la psychologie clinique sans être porteur du diplôme requis ou du visa. Par ailleurs, l'intéressé sera également passible d'une peine d'amende s'il s'affiche comme psychologue clinicien sans disposer de l'agrément (le « *titre professionnel* » aux termes de la loi coordonnée)⁴⁸.

Ce dispositif pénal est toutefois incomplet dès lors qu'il ne prend pas en compte la situation de celui qui n'aurait pas accompli le stage professionnel⁴⁹ pas plus que l'hypothèse d'un orthopédaogogue clinicien exerçant la psychologie clinique sans en attester une connaissance suffisante⁵⁰.

Par ailleurs, si le psychologue clinicien porte le titre de psychologue⁵¹, il est soumis aux règles déontologiques⁵², parmi lesquelles l'interdiction de procéder à des interventions pour lesquelles il n'est pas qualifié⁵³. L'on pourrait alors considérer que le psychologue clinicien qui ne respecte pas les conditions d'exercice de la psychologie clinique pose des actes pour lesquels il n'est pas qualifié, ce qui justifierait une sanction disciplinaire⁵⁴.

Enfin, il est prévu que la commission d'agrément rende des avis, dans des cas individuels, quant à l'octroi, au maintien et au *retrait* de l'agrément⁵⁵. La loi envisage donc l'hypothèse où un agrément, après avoir été accordé, serait ensuite retiré, reste à voir les situations qui entreront en ligne de compte pour ce retrait.

⁴⁸ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 128/1, al. 1^{er}, 1^o, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172 ; L. RENDERS, « Organisation de la profession de psychologue clinicien », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Kluwer, 2016, p. 19.

⁴⁹ Voy. toutefois *supra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 1^{ère}, §1^{er}, A, 3) l'hypothèse de la suspension du visa par la commission médicale provinciale.

⁵⁰ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 168.

⁵¹ Voy. *infra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 1^{ère}, §2.

⁵² Loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, art. 8/1, al. 1^{er}, *M.B.*, 31 mai 1994, p. 14732.

⁵³ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 32, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

⁵⁴ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, p. 169.

⁵⁵ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §2, al. 1^{er} et 68/4, §3, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

§2. Le port du titre de psychologue

Le psychologue clinicien est, avant tout, un psychologue. Or, le titre de psychologue est légalement protégé. S'il souhaite le porter, il devra donc répondre aux conditions énumérées par la loi du 8 novembre 1993, c'est-à-dire, être porteur de l'un des diplômes visés et être inscrit sur la liste tenue par la Commission des psychologues⁵⁶. Ces conditions, qui viennent uniquement réglementer le *port du titre* professionnel et non pas *l'exercice de la profession*, sont donc parallèles à celles imposées pour l'exercice de la psychologie clinique⁵⁷.

En tout état de cause, le psychologue clinicien qui a obtenu l'agrément sera titulaire d'un diplôme visé à l'article 1^{er}, 1^o de la loi de 1993 et pourra donc solliciter son inscription sur la liste. En revanche, l'orthopédagogue clinicien et le médecin qui, conformément à la loi coordonnée, exercent la psychologie clinique, ne sont pas titulaires d'un diplôme ouvrant la voie au titre de psychologue. Ils ne pourront donc, en l'état actuel des choses, porter un tel titre⁵⁸.

Ceci n'est pas sans conséquences. En effet, seules les personnes inscrites sur la liste tenue par la Commission des psychologues sont soumises aux règles déontologiques de la profession⁵⁹. Il apparaît donc qu'une personne autorisée à exercer la psychologie clinique devra tantôt respecter ces règles, tantôt pas et ce en fonction du diplôme qu'elle a obtenu. Cette situation peut être source de confusion, notamment pour le patient⁶⁰.

Section 2. Le patient

En ligne de mire des dispositions introduites par la loi du 4 avril 2014 figure le patient du psychologue clinicien. Constatant une augmentation inquiétante des personnes en proie à un sentiment de mal être et désireux de mettre en avant les bienfaits de la psychologie, le législateur

⁵⁶ Loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, art. 1^{er}, *M.B.*, 31 mai 1994, p. 14732.

⁵⁷ F. PIRET, « Responsabilité disciplinaire du psychologue clinicien », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, p. 267.

⁵⁸ M. VAN OVERSTRAETEN, « L'exercice de la psychologie clinique », *o.c.*, pp. 171 et 172.

⁵⁹ Loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, art. 8/1, al. 1^{er}, *M.B.*, 31 mai 1994, p. 14732.

⁶⁰ Le Conseil de discipline, amené à statuer sur un éventuel manquement aux règles déontologiques, peut en effet être saisi par une plainte d'un *client* du psychologue : Projet de loi modifiant la loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, Rapport fait au nom de la commission de l'économie, de la politique scientifique, de l'éducation, des institutions scientifiques et culturelles nationales, des classes moyennes et de l'agriculture, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3066/002, p. 5.

belge a, avant tout, entendu accroître sa protection⁶¹. La mise en œuvre des conditions d'exercice de la psychologie clinique afin d'éviter au patient de tomber entre les mains d'un charlatan, l'application par ricochet de la loi relative aux droits du patient et de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, sont autant de nouveautés qui vont dans le sens du mouvement institué depuis une quinzaine d'années vers « *des soins de qualité plus accessibles* »⁶². Mais qui sont les personnes visées par cette protection ?

§1^{er}. Notion

La loi coordonnée du 10 mai 2015, la loi relative aux droits du patient et la loi relative à l'indemnisation de leur dommage définissent le patient de la même façon. Il s'agit de « *la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non* »⁶³. À sa demande ou non car les soins ne sont pas toujours prodigués à la demande de la personne concernée elle-même, mais peuvent l'être sans demande de quiconque, à la demande de son représentant⁶⁴, voire d'un tiers. On songe, dans ce dernier cas, aux interventions sous contrainte⁶⁵. En effet, le droit au consentement libre et éclairé demeure essentiel, même dans une hypothèse de contrainte⁶⁶. Dès lors, même si la personne n'a pas exprimé sa volonté quant à ces soins de santé, elle peut être qualifiée de « patient » et ses droits devront alors être respectés.

Le Code de déontologie des psychologues fait, lui, état de la notion de *client*, c'est-à-dire « *toute personne, groupe ou organisation qui demande les services ou l'accompagnement d'un psychologue* »⁶⁷. Cette différence sémantique s'explique par le fait que les règles déontologiques s'appliquent indifféremment à toute personne portant le titre de psychologue, et ce quel que soit le secteur dans lequel elle travaille⁶⁸. Or, tous les psychologues n'exercent

⁶¹ Proposition de loi réglementant les professions de la santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de ses soins de santé, Exposé des motifs. *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001, pp. 3 à 6.

⁶² Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1642/001, p.8.

⁶³ Voy. art. 2, 2° de la loi coordonnée du 10 mai 2015 précitée ; art. 2, 1° de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (*M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719) et art. 2, 5° de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, (*M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913).

⁶⁴ Voy. *infra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 2, §3.

⁶⁵ T. VANSWEEVELT, « Definities en toepassingsgebied van de wet patiëntenrechten », *T. Gez.*, 2003, p. 67.

⁶⁶ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, 10 mars 2003, n° 21, p. 8.

⁶⁷ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 3, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

⁶⁸ *Ibid.*, art. 1^{er}.

pas dans le secteur des soins de santé⁶⁹ ; ce n'est le cas que pour les psychologues cliniciens, seuls à être reconnus comme une profession de soins de santé. Pour ces derniers, nous utiliserons donc la notion plus restreinte de « patient »⁷⁰.

§2. Le patient capable

En principe, le patient dispose d'une capacité générale d'exercice et peut donc faire valoir ses droits de manière autonome sans aucun mécanisme de protection tel la représentation ou l'assistance⁷¹. Par ailleurs, les droits du patient sont des droits individuels que le patient doit pouvoir exercer seul⁷² et les obligations qui découlent de la loi seront d'application vis-à-vis du patient lui-même⁷³.

§3. Le patient vulnérable

Il arrive toutefois que le patient ne soit pas ou plus en mesure d'exercer ses droits. Il se trouve alors en situation de vulnérabilité. Or, selon un principe éthique, il y a lieu de faire preuve de sollicitude envers la vulnérabilité⁷⁴, laquelle peut, notamment, prendre la forme d'une maladie psychique à laquelle le psychologue clinicien sera potentiellement confronté.

La loi du 22 août 2002 a donc été attentive au respect des droits de ces personnes en établissant un régime de représentation spécifique à la relation de soins, que nous étudierons rapidement, dans un premier temps à l'égard du patient mineur (A), avant d'examiner la situation de la personne majeure incapable (B).

⁶⁹ Ainsi, les psychologues du travail, les psychologues scolaires ou travaillant dans le secteur de la recherche sont également tenus de respecter les règles déontologiques ; E. VRANKEN et M.-C. DE MUELENAERE, « Le code de déontologie des psychologues », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 37.

⁷⁰ Commission des Psychologues, « La déontologie du psychologue : code, bonnes pratiques et guide de raisonnement éthique », 2017, p. 6, voy. <https://www.compsy.be/fr/brochure-deontologie> (dernière consultation le 30 juin 2018).

⁷¹ Y.-H. LELEU, *Droit des personnes et des familles*, 3^e éd., Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 215.

⁷² Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1642/001, p.39 ; loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §1^{er}, al. 1^{er}, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

⁷³ M.-N. DERÈSE, « Les droits du patient du psychologue clinicien (loi du 22 août 2002) », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 193.

⁷⁴ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, 10 mars 2003, n° 21, p. 4.

A. Le patient mineur

Le mineur est titulaire de droits et obligations, mais est, en principe, frappé d'une incapacité générale d'exercice⁷⁵. Cette incapacité est comblée par le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale⁷⁶, complété par une présomption, à l'égard des tiers de bonne foi (tel un praticien professionnel), d'accord de l'autre parent, lorsque l'un d'eux agit seul⁷⁷.

Ce principe d'incapacité va néanmoins, au fil du temps, être contrebalancé par une reconnaissance de plus en plus importante de liberté et d'autonomie dans le chef du mineur⁷⁸. Parallèlement, l'on va garantir à l'enfant doué de discernement le droit d'exprimer librement son opinion⁷⁹.

S'inscrivant dans la lignée de ces évolutions, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient va renforcer la position juridique du patient mineur dans le domaine éminemment personnel des soins de santé⁸⁰. L'article 12, paragraphe 1^{er} prévoit, conformément au droit commun, que les droits du patient mineur sont exercés par ses parents ou son tuteur. Toutefois, le mineur étant destiné à devenir capable, la loi y apporte une nuance et une exception⁸¹.

La nuance réside dans la recommandation d'associer le mineur à l'exercice de ses droits, suivant son âge et sa maturité⁸². Il appartient au praticien professionnel d'apprécier l'opportunité de cette recommandation.

L'exception est, elle, plus fondamentale et va permettre au patient mineur, *estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts*⁸³, d'exercer ses droits de manière autonome, sans donc devoir être représenté par ses parents⁸⁴. Encore une fois, il revient au psychologue clinicien, le cas échéant après concertation avec diverses personnes impliquées, de déterminer cette

⁷⁵ Les mineurs disposent cependant d'une capacité résiduelle qui leur permet d'accomplir certains actes pour lesquels la représentation n'est pas indiquée.

⁷⁶ C. civ., art. 372.

⁷⁷ *Ibid.*, art. 373, al. 1^{er} et 2.

⁷⁸ G. SCHAMPS, « Le degré d'autonomie du mineur dans le domaine des soins médicaux en droit belge », in *Adolescent et acte médical, regards croisés* (sous la dir. de B. FEUILLET-LIGER et R. IDA), Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 83.

⁷⁹ Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée à New York le 20 novembre 1989, approuvée par la loi du 25 novembre 1991, art. 12, al. 1^{er}, *M.B.*, 17 janvier 1992, p. 803 ; Const., art. 22bis, al. 2.

⁸⁰ G. SCHAMPS, « Le degré d'autonomie du mineur dans le domaine des soins médicaux en droit belge », *o.c.*, pp. 85 à 86.

⁸¹ Y.-H. LELEU, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003, p. 657.

⁸² Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 12, §2, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

⁸³ La Commission des Psychologues parle de l'aptitude à apprécier ses propres intérêts et à évaluer les conséquences de ses décisions et actes : Commission des Psychologues, « La capacité du mineur d'exprimer sa volonté », voy. <https://www.compsy.be/fr/mineurexprimersavolonte> (dernière consultation le 2 juillet 2017).

⁸⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 12, §2, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

aptitude⁸⁵ et ce sans qu'aucune limite d'âge ne lui soit imposée. Le praticien devra, bien entendu, tenir compte de l'âge de son patient et de sa faculté de discernement, mais également de l'importance de l'acte et de son caractère vital. En somme, tout est question d'espèce⁸⁶.

Si ces précisions législatives étaient nécessaires pour ne pas laisser le patient dans une zone d'insécurité juridique, l'on souligne néanmoins deux difficultés.

La première a trait au paiement des honoraires auxquels le praticien a droit aux termes de l'article 35, alinéa 1^{er} de la LEPSS. En effet, le praticien professionnel est tenu au secret professionnel à l'égard des parents de son patient. Or, les parents sont tenus de payer les honoraires du praticien lorsque l'acte revêt un caractère nécessaire⁸⁷. Comment dès lors combiner ces deux obligations légales (secret professionnel et obligation de payer les honoraires), lorsque le mineur ne paye pas lui-même la prestation et qu'il refuse que ses parents en soient informés ?⁸⁸.

La seconde difficulté tient dans la formulation adoptée par le Code de déontologie des psychologues, qui n'est pas tout à fait conforme à la loi. Il prévoit en effet que « [l]orsqu'un représentant légal demande une consultation pour un mineur [...], le psychologue tente d'obtenir le consentement de ces derniers dans la mesure de leurs capacités et s'assure de l'information et de l'accord de leur(s) représentant(s) légaux »⁸⁹, alors que, comme nous l'avons vu, le mineur peut dans certains cas exercer ses droits de manière autonome, sans l'accord de ses parents. La loi étant une norme hiérarchiquement supérieure à l'arrêté royal fixant les règles de déontologie, le psychologue clinicien ne devra donc, dans cette circonstance, pas s'assurer de l'accord des représentants légaux de son patient⁹⁰.

B. Le patient majeur incapable

Nous sommes tous potentiellement susceptibles d'être un jour, de manière temporaire ou irréversible, incapable d'exprimer notre volonté. Il est alors nécessaire, tant pour le patient que

⁸⁵ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 239.

⁸⁶ Y.-H. LELEU, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *o.c.*, p. 657.

⁸⁷ C. civ., art. 203 ; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *o.c.*, p. 247.

⁸⁸ G. SCHAMPS, « Le degré d'autonomie du mineur dans le domaine des soins médicaux en droit belge », *o.c.*, p. 93.

⁸⁹ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 23, §5, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

⁹⁰ G. SCHAMPS « La relation de soins avec le psychologue clinicien : la portée des droits du patient » in *Medisch Recht* (sous la dir. de S. LIERMAN et G. SCHAMPS), Brugge, Die Keure, 2017, p. 109.

pour le praticien professionnel, de prévoir un mécanisme de protection qui assurera à la fois les intérêts, mais également l'autonomie des personnes privées de leur capacité.

Ainsi, la loi du 22 août 2002, telle que modifiée par la loi du 17 mars 2013, consacre de manière expresse le principe selon lequel « *la capacité est la règle et l'incapacité l'exception* »⁹¹. Il est en effet prévu que la personne exerce elle-même ses droits du patient pour autant qu'elle en soit capable⁹². Il appartient alors au psychologue clinicien d'examiner *in concreto* si la personne est capable ou non, et ce indépendamment d'une éventuelle mesure de protection judiciaire concernant la personne⁹³. Cette règle présente la double vertu de tenir compte de la situation de la personne incapable de fait⁹⁴ - contrairement au droit commun - et de la nécessité de rechercher aussi loin que possible la capacité d'une personne d'exprimer ses volontés, même si celle-ci paraît diminuée, et ce afin de lui garantir la plus grande autonomie possible⁹⁵.

Si la personne n'est pas estimée capable d'exprimer ses volontés, un système de représentation est alors organisé par l'article 14 de la loi. Ses droits sont, en premier chef, exercés par un mandataire qu'elle aurait désigné durant une période de lucidité. À défaut et si la personne fait l'objet d'une mesure de protection judiciaire, son administrateur l'assistera ou la représentera, selon le régime choisi par le juge de paix⁹⁶.

Si l'administrateur de la personne n'est pas habilité à l'assister ou la représenter pour l'acte en cause⁹⁷ ou s'il s'agit d'une personne incapable de fait, l'article 14, paragraphe 3 désigne certaines personnes parmi les proches du patient, selon un système de représentation en cascade et visant, en bout de course, le praticien professionnel, éventuellement dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

Enfin, comme pour le mineur, le patient majeur doit être associé, dans la mesure du possible, à l'exercice de ses droits⁹⁸.

⁹¹ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, o.c., p. 261.

⁹² Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §1^{er}, al. 1^{er}, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

⁹³ C. civ., art. 492/1.

⁹⁴ C'est-à-dire une personne juridiquement capable, qui ne relève d'aucun statut juridique de protection, mais qui n'est *in concreto* pas en mesure d'exercer ses droits ; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, o.c., p. 261.

⁹⁵ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis relatif aux « Règles éthiques face aux personnes atteintes de démence »*, 10 décembre 2001, n°14, p.24.

⁹⁶ J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, p. 76.

⁹⁷ Voy. C. civ., art. 492/1, §1^{er}, al. 3, 15° et 499/7, §1^{er} 2° qui exige une autorisation spéciale et préalable du juge de paix pour l'exercice des droits du patient.

⁹⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §4, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

Les situations visées par la loi, qu'il s'agisse d'un patient mineur ou majeur incapable, sont plus ou moins faciles à appréhender et à prendre en charge. Cependant, la vulnérabilité n'est pas toujours si évidente et n'est pas toujours synonyme d'une totale absence de capacité. L'annonce d'une maladie grave, la souffrance psychique liée à un événement douloureux ou encore les problèmes psychologiques peuvent fragiliser une personne et par là, la rendre vulnérable. Si les psychologues cliniciens sont destinés à rencontrer de telles situations, il faut, malgré tout y être attentif car si la personne paraît, à première vue, entièrement capable de prendre des décisions, l'on ne sait pas à quel point sa faculté de raisonnement et sa représentation de la situation sont, ou non, fragilisées par son état émotionnel⁹⁹. La vulnérabilité, entendue dans un sens large, devrait conduire l'ensemble des prestataires de soins à porter un regard attentif et individualisé sur le patient pris dans sa globalité.

C. Les mécanismes de protection

Nous l'avons vu, dans certaines situations, une personne autre que le patient sera amenée à prendre, pour ce dernier, des décisions importantes. La décision du représentant devra se fonder sur ce que le patient aurait voulu ou, en tout cas, sur l'intérêt du patient, dès lors qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer cette volonté¹⁰⁰. La loi a toutefois prévu des mécanismes de protection contre le représentant. Il s'agit particulièrement de protéger d'une part la vie privée du patient et, d'autre part, sa vie ou sa santé.

Ainsi, le praticien professionnel a la faculté de rejeter la demande, émanant du représentant, de consultation ou d'obtention d'une copie du dossier du patient. Dans une telle hypothèse, le représentant devra désigner un autre praticien professionnel par l'entremise duquel sera exercé le droit de consultation ou de copie. Par ailleurs, si le psychologue clinicien estime que la décision du représentant concernant le traitement constitue une menace pour la vie ou la santé du patient, celui-ci peut y déroger¹⁰¹.

Par exception, le praticien professionnel ne pourra pas déroger à la décision du mandataire expressément désigné par le patient si ce dernier peut invoquer la volonté expresse du patient

⁹⁹ C. BAUCHETET, « La relation de soin face à la vulnérabilité et ses conséquences », *o.c.*, p. 76.

¹⁰⁰ Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1642/001, p. 46.

¹⁰¹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 15, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

allant dans le sens de sa décision¹⁰². Il s'agit là d'une application du principe selon lequel la décision du représentant doit se fonder sur la volonté du patient¹⁰³.

Section 3. Les soins prodigués par le psychologue clinicien

La psychologie clinique est légalement définie. Il s'agit, « [s]ans préjudice de l'exercice de l'art médical [...] [de] l'accomplissement habituel d'actes autonomes ayant pour objet ou présentés comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain et dans un 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 »¹⁰⁴. Le psychologue clinicien a donc pour objectif prioritaire le maintien et l'amélioration de la santé de son patient¹⁰⁵, ce qui cadre avec la définition des soins de santé proposée par la loi du 22 août 2002¹⁰⁶. En pratique, cette définition pose cependant question.

En effet, le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale souligne les incertitudes quant au champ d'application de la psychologie clinique par rapport à la notion de soins de santé. Pour tomber sous le coup de la définition, l'acte en question doit être avant tout axé sur la dispensation de soins de santé. Or, tout dépend de la façon dont les soins de santé sont définis¹⁰⁷. Par ailleurs, toujours selon le Conseil fédéral, en fonction des secteurs, les soins de santé peuvent s'inscrire dans un objectif plus large. Dans ces hypothèses, les actes du praticien professionnel tombent-ils sous le coup de la définition de la psychologie clinique¹⁰⁸ ?

L'incertitude de la définition est également soulevée par le Conseil d'Etat lorsqu'il la compare avec la définition légale de la psychothérapie. Il met en avant le fait que les deux définitions ne sont pas suffisamment différentes, dès lors que toutes deux visent la relation praticien professionnel-patient, dans une optique d'aide fondée sur une expertise psychologique¹⁰⁹.

¹⁰² *Ibid.*, art. 15, §2.

¹⁰³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, o.c., p. 267.

¹⁰⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §3, al. 1^{er}, M.B., 18 juin 2015, p. 35172.

¹⁰⁵ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018, p. 3.

¹⁰⁶ Article 2, 3^o.

¹⁰⁷ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018, p. 3.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ 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 relative à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et

Le modèle d'organisation des soins psychologiques avancé par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (ci-après « KCE ») apporte, lui, une distinction plus nette. Il propose une prise en charge des problèmes psychologiques à deux niveaux : une première ligne où nous verrions intervenir des psychologues cliniciens chargés de prodiguer des soins psychologiques de base et de renvoyer le patient, le cas échéant, vers une seconde ligne de soins plus spécialisés. C'est dans cette seconde ligne qu'interviendrait le psychothérapeute notamment¹¹⁰.

Cette distinction paraît toutefois théorique car dans sa pratique, l'on imagine mal le psychologue clinicien, ayant suivi la formation spécialisée en psychothérapie, se poser la question de savoir s'il exerce tantôt de la psychologie clinique, tantôt de la psychothérapie. Sa formation constitue un tout qu'il met en œuvre dans chaque relation thérapeutique. Par ailleurs, s'il n'est pas formé en psychothérapie, ce système obligerait le professionnel à renvoyer le patient vers un autre prestataire, ce qui implique pour le patient de nouvelles démarches, la création d'une nouvelle relation basée sur la confiance. Or, si l'instauration d'une telle relation de confiance est capitale, l'on sait qu'il s'agit d'un processus compliqué qui requiert du temps. L'on peut donc se demander si ce nouveau modèle est réellement de nature à favoriser l'accès aux soins de santé mentale¹¹¹.

Quoiqu'il en soit, la question de la définition est capitale car l'exercice illégal de la psychologie clinique est sanctionné pénalement¹¹². Ainsi, un psychologue du travail qui traite une situation de burn-out pourra-t-il être accusé d'exercice illégal de la psychologie clinique ? Exercice-t-il dans le secteur des soins de santé ? Quels sont les actes qui, concrètement, entrent dans la délimitation de la psychologie clinique¹¹³ ? Une piste de réponse réside peut-être dans l'habilitation donnée au Roi de clarifier et décrire ces actes¹¹⁴. Rien n'est toutefois moins sûr

modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part, Avis du Conseil d'Etat, *Doc. parl.*, Ch. repr. sess. ord. 2015-2016, n° 54-1848/001, p.95.

¹¹⁰ L. KOHN, C. OBYN, J. ADRIAENSSENS, et al., *Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 265Bs. D/2016/10.273/32, pp. 17 à 21.

¹¹¹ Voy. interview de Madame Emmanuelle ZECH en annexe.

¹¹² Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 122, §1^{er}, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

¹¹³ K. DE WITTE, « Le périmètre de la psychologie clinique », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 151.

¹¹⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §3, al. 2, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

et, selon le Conseil d'Etat, les concepts de base que le Roi doit respecter, doivent figurer de manière claire dans le texte législatif¹¹⁵.

CHAPITRE 2. LES NOUVEAUX DROITS ET OBLIGATIONS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET DE SON PATIENT

Divers droits et obligations jalonnent la relation thérapeutique, de son établissement à son extinction. Tantôt établis dans l'intérêt du patient, tantôt dans celui de la profession de psychologue clinicien, ces droits sont autant de sources possibles de responsabilité. Dans ce second chapitre, nous tenterons d'en dresser un rapide état des lieux.

Section 1^{ère}. L'établissement de la relation

§1^{er}. La nature de la relation

S'inspirant de l'arrêt *Mercier*¹¹⁶ de la Cour de cassation française, la jurisprudence belge reconnaît généralement que la relation thérapeutique qui se noue entre le patient et son praticien professionnel est de nature contractuelle¹¹⁷. Selon les cas, le contrat sera conclu soit avec le psychologue clinicien, soit avec l'hôpital dans lequel il travaille¹¹⁸. De ce contrat découle une obligation de soins, généralement qualifiée d'obligation de moyens¹¹⁹, dès lors « *que l'intervention du médecin peut [...] échouer sans que celui-ci ne commette une faute simplement parce qu'il existe encore un irréductible aléa affectant la plupart des actes médicaux* »¹²⁰. Ces considérations trouvent parfaitement à s'appliquer dans le domaine des soins de santé mentale.

Il est cependant des situations, plus rares, dans lesquelles aucun contrat ne sera conclu entre le patient et le psychologue clinicien et/ou l'hôpital. Il s'agit essentiellement de cas où le

¹¹⁵ 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 relative 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, Avis du Conseil d'Etat, *Doc. parl.*, Ch. repr. sess. ord. 2015-2016, n° 54-1848/001, p.96.

¹¹⁶ Cass. fr., Civ. 20 mai 1936, Arrêt *Mercier*, *GAJC*, n° 161-162.

¹¹⁷ P. ANCEL, « L'obligation de soins du médecin. Rapport belge et luxembourgeois », in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Recueil des travaux du Groupe de Recherche Européen sur la Responsabilité civile et l'Assurance (GRERCA), Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 25.

¹¹⁸ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, o.c., p. 123.

¹¹⁹ P. ANCEL, « L'obligation de soins du médecin. Rapport belge et luxembourgeois », o.c., p. 28.

¹²⁰ Liège, 29 septembre 1998, *R.G.A.R.*, 2000, n°13234.

consentement du patient fait défaut parce que l'on se trouve, par exemple, en situation d'urgence ou encore que le patient est inconscient¹²¹.

§2. Le libre choix du psychologue clinicien et le droit de refuser le patient

Par application du droit à l'autodétermination¹²², l'article 6 de la loi du 22 août 2002 accorde au patient le droit de choisir librement le psychologue clinicien auquel il désire s'adresser. Il a par ailleurs le droit de modifier son choix, mais dans les deux cas, la loi peut limiter cette liberté¹²³. Ce droit, fondé sur le caractère *intuitu personae* de la relation thérapeutique, permet donc au patient de s'adresser à plusieurs prestataires et *in fine* de faire appel au psychologue clinicien de son choix, de s'adresser à un autre professionnel en cours de traitement et de revenir, à tout moment, sur son choix¹²⁴. Il s'agit également d'un devoir déontologique du psychologue puisque consacré par l'article 23, paragraphe 1^{er} de l'arrêté royal du 2 avril 2014.

En pratique, ce droit sera parfois limité en raison de l'existence de listes d'attente, du montant parfois élevé des honoraires¹²⁵, de l'urgence ou encore de la circonstance que le patient est pris en charge par une institution spécialisée ne faisant appel qu'à certains prestataires¹²⁶.

Par ailleurs, le patient ne sera pas traité par le psychologue clinicien de son choix si ce dernier a fait usage de son droit de refuser le patient. L'exercice de ce droit devient même obligatoire lorsque le psychologue a au préalable effectué une expertise sur le patient, en cas d'incapacité morale¹²⁷, de conflit d'intérêts ou encore lorsqu'il ne s'estime pas compétent pour assurer le suivi de la personne¹²⁸. Ce droit n'est toutefois pas absolu puisque le psychologue clinicien ne peut traiter les patients de manière discriminatoire¹²⁹ et, dans certains cas, ce refus pourra être qualifié de non-assistance à personne en danger¹³⁰.

¹²¹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, Waterloo, Kluwer, 2015, pp. 25 et 26.

¹²² S. CALLENS, L. BODDEZ, M. LEIRE et L. VAN LEUVEN, « Titel VII. De patiënt in de gezondheidszorg en medische aansprakelijkheid », in *Organisatie van de gezondheidszorg* (sous la dir. de S. CALLENS et J. PEERS), 3^e éd., Antwerpen – Cambridge, Intersentia, 2015, p. 618.

¹²³ On songe à l'admission forcée ou encore à la dispensation de soins aux personnes détenues : J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », o.c., p. 84.

¹²⁴ G. GENICOT., *Droit médical et biomédical*, o.c., p. 147.

¹²⁵ Précisons qu'à ce jour, la question du remboursement des soins psychologiques est en cours de discussion. Voy. *infra*.

¹²⁶ J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », o.c. p. 84.

¹²⁷ Sont visés ici le lien familial avec le patient ou la relation autre que professionnelle.

¹²⁸ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 43 et 45, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

¹²⁹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 5, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

¹³⁰ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 21, §2, a), *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

§3. La liberté diagnostique et thérapeutique

Le psychologue clinicien dispose d'une liberté diagnostique et thérapeutique¹³¹ et ne peut ainsi subir aucune ingérence des autorités, d'une institution ou d'un autre médecin (tel un psychiatre) dans les actes qu'il est habilité à accomplir en vertu de la loi^{132/133}. De la même manière, l'article 32 de la loi coordonnée répute non écrites les clauses qui limiteraient cette liberté.

S'il s'agit avant tout d'un droit pour le psychologue qui vient garantir son autonomie - telle qu'inscrite dans la définition de la psychologie clinique¹³⁴ - cette liberté va de pair avec une certaine responsabilité. Le Code de déontologie met en effet l'accent sur la responsabilité personnelle que le psychologue clinicien doit assumer par rapport aux choix qu'il pose¹³⁵. Il devra donc veiller à faire respecter cette liberté, établie dans l'intérêt du patient¹³⁶. L'abus de la liberté diagnostique et thérapeutique est passible de sanctions disciplinaires¹³⁷.

Section 2. Le déroulement de la relation

§1^{er}. Dans le chef du psychologue clinicien

A. Le devoir de réorientation

Le patient peut souffrir de problèmes de santé complexes si bien qu'il ne sera pas possible pour le psychologue clinicien d'assumer tous les aspects du traitement de ce patient¹³⁸. C'est dans cette optique d'approche interdisciplinaire que la loi du 10 juillet 2016 a créé l'obligation, pour tout professionnel des soins de santé, de renvoyer le patient vers un autre prestataire de

¹³¹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 31, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

¹³² Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 3.

¹³³ L. BODDEZ et S. CALLENS, « Les droits et obligations du psychologue clinicien selon la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017 p. 174.

¹³⁴ Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 3.

¹³⁵ Voy., A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 25, 28 et 49, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

¹³⁶ J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *o.c.* pp. 87 à 88.

¹³⁷ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 31, al. 5, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

¹³⁸ 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 relative 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. parl.*, Ch. repr. sess. ord. 2015-2016, n° 54-1848/001, p. 16.

soins lorsqu'il ne s'estime pas compétent¹³⁹. Cette réorientation pourra prendre la forme soit d'un renvoi effectif vers un autre prestataire, soit d'une simple concertation moyennant le consentement du patient¹⁴⁰. À nouveau, il s'agit également d'une obligation déontologique¹⁴¹.

B. L'obligation de communiquer les données relatives à la santé du patient à d'autres praticiens professionnels

Toujours dans une logique interdisciplinaire, lorsqu'un autre professionnel de la santé est désigné pour poursuivre ou compléter le diagnostic ou le traitement du patient, le psychologue clinicien a l'obligation de lui transmettre toutes les informations utiles ou nécessaires relatives à la santé de ce patient¹⁴².

Conformément à l'article 33, paragraphe 1^{er}, alinéa 2 de la loi coordonnée, la commission médicale compétente veille au respect de cette obligation. Toutefois aucune sanction ne pourra être imposée, hormis une sanction disciplinaire si l'on considère que le psychologue clinicien n'a pas agi de manière confraternelle. Le patient pourra par ailleurs agir en justice afin de réclamer l'exécution en nature de l'obligation¹⁴³.

C. Le secret professionnel

La confiance est un élément central de la relation thérapeutique. Dans un secteur aussi sensible que la santé mentale, le patient doit pouvoir s'adresser à un psychologue clinicien en ayant la certitude que rien de ce qu'il dévoile ne sera révélé, excepté l'hypothèse, rencontrée ci-avant, d'une communication à d'autres praticiens, qui n'aura d'ailleurs lieu qu'avec le consentement du patient¹⁴⁴. Le secret professionnel participe ainsi à la protection de la vie privée¹⁴⁵ et à la recherche de soins de meilleure qualité dès lors que le patient pourra se confier sans crainte¹⁴⁶.

¹³⁹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 31/1, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

¹⁴⁰ L. BODDEZ et S. CALLENS, « Les droits et obligations du psychologue clinicien selon la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), *o.c.*, p. 175.

¹⁴¹ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 33, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

¹⁴² Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art 33, §1^{er}, 5, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

¹⁴³ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 47, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703 ; L. BODDEZ et S. CALLENS, « Les droits et obligations du psychologue clinicien selon la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), *o.c.*, p. 175.

¹⁴⁴ Et qui donnera lieu à application du secret partagé.

¹⁴⁵ Il s'agit d'un droit du patient expressément reconnu par l'article 10 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

¹⁴⁶ Cour. Eur. D.H., arrêt Z. c. Finlande du 25 février 1997, <https://hudoc.echr.coe.int> (1^{er} juillet 2017), §95.

Outre que sa violation est érigée en infraction pénale par l'article 458 du Code pénal – n'entraînant que rarement une condamnation¹⁴⁷ –, le secret professionnel s'impose au psychologue clinicien par le biais du Code de déontologie¹⁴⁸. Ce dernier a, sur ce point, fait l'objet d'une récente modification car ses dispositions étaient sources d'erreur et de confusion¹⁴⁹. Désormais, l'article 5, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 2 avril 2014, tel que modifié le 4 juin 2018, opère par renvoi à l'article 458 précité.

L'obligation au secret professionnel couvre non seulement les informations communiquées par le patient, mais également toute information relative au patient que le psychologue clinicien percevrait d'une manière ou d'une autre dans l'exercice de sa profession¹⁵⁰. Lorsque le psychologue clinicien n'est pas tenu par le secret professionnel, il n'en demeure pas moins soumis à un devoir de discrétion¹⁵¹.

Le secret professionnel étant d'ordre public, le patient n'est pas habilité à délier le psychologue clinicien de son obligation^{152/153}. Il ne s'agit cependant pas d'une obligation absolue dès lors que certaines exceptions permettent aux psychologues cliniciens, sans les y contraindre, de révéler certaines informations¹⁵⁴. Ainsi, l'obligation au secret peut céder le pas face à des valeurs supérieures ou équivalentes¹⁵⁵. Nous ne nous y attardons pas plus longuement.

¹⁴⁷ G. MATHIEU et C. ROMMELAERE, « Le secret professionnel du psychologue clinicien », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 201.

¹⁴⁸ Relevons également que la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel impose, en son article 7, §4, al. 3, le respect du secret professionnel lors du traitement de données à caractère personnel relatives à la santé.

¹⁴⁹ En effet, il était fait état d'une obligation de dénonciation alors que l'article 458 du Code pénal ne parle que d'une *faculté* de dénonciation. D'autre part, la distinction entre secret professionnel et devoir de discrétion était source de confusion ; J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », o.c. p. 199.

¹⁵⁰ Cass., 2 juin 2010, *Pas.*, 2010, p. 1698; H. NYS, *Medical law in Belgium*, Alphen aan den Rijn, Kluwer law international, 2010, p. 111.

¹⁵¹ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 5, al. 2, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703

¹⁵² A. KETTELS et D. CHICHOYAN, « Art de guérir », *Postal Mémoires. Lexique du droit pénal et des lois spéciales*, 2015, A220, p. 61.

¹⁵³ Tel est l'avis de la Cour de cassation : voy. Cass., 30 octobre 1978, *Pas.*, 1979, I, p. 71. Ce point est néanmoins l'objet d'une controverse doctrinale, certains auteurs estimant que le caractère d'ordre public de l'obligation a pour seul objectif le renforcement de la relation de confiance strictement personnelle au patient et à son prestataire de soins.

¹⁵⁴ Il s'agit notamment du témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire, de la défense en justice ou encore de l'état de nécessité.

¹⁵⁵ T. MOREAU, « Le Code de déontologie des psychologues et le respect des dispositions légales relatives au secret professionnel », *J.D.J.*, 2014, p. 26.

Enfin, rappelons que si le patient mineur est estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, le psychologue clinicien sera tenu au secret professionnel vis-à-vis des parents du mineur, ce qui pose la question de l'articulation avec l'incapacité juridique du mineur¹⁵⁶.

§2. Dans le chef du patient

A. Le droit à des prestations de qualité

Le patient a, selon l'article 5 de la loi du 22 août 2002, droit « à des prestations de qualité répondant à ses besoins ». Il s'agit, en réalité, d'une simple confirmation de l'obligation générale de prudence et de diligence¹⁵⁷. Le psychologue clinicien doit, dans l'exercice de sa profession, agir comme le ferait un psychologue clinicien normalement prudent et diligent. Il s'agit toutefois d'une obligation de moyens et non de résultat.

Selon la formule classique, le patient a droit « à des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science »¹⁵⁸, ce qui implique que le psychologue clinicien se tienne en permanence au fait des évolutions de la science, ainsi que des techniques, normes et autres recommandations émises dans son domaine¹⁵⁹. Le juge pourra notamment se référer à ces différentes « règles » de la profession dans l'appréciation de la faute¹⁶⁰.

À nouveau, il ne s'agit pas d'un droit absolu dès lors que le patient peut prétendre à des soins de qualité « répondant à ses besoins » (nous soulignons). Il n'y a donc pas lieu de prodiguer au patient n'importe quels soins répondant à ses désirs¹⁶¹. Par ailleurs, ce droit ne s'exerce que dans les limites des compétences du psychologue clinicien ; dans le cas contraire, il devra renvoyer le patient vers un autre prestataire¹⁶². Enfin, les travaux préparatoires de la loi « droits du patient » précisent que l'exercice de ce droit peut être conditionné, qu'il s'agisse de conditions financières ou liées aux techniques et méthodes utilisées par le prestataire, en écho à sa liberté thérapeutique et diagnostique¹⁶³.

¹⁵⁶ Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 2, §3, A.

¹⁵⁷ Y.-H. LELEU., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *o.c.*, p. 651.

¹⁵⁸ J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *o.c.* p. 119.

¹⁵⁹ Y.-H. LELEU., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *o.c.*, p. 651.

¹⁶⁰ H. NYS, *Medical law in Belgium*, *o.c.*, p. 96.

¹⁶¹ J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *o.c.* p. 120.

¹⁶² *Ibid.* ; Voy. *infra*, l'obligation de continuité des soins et *supra*, le devoir de réorientation.

¹⁶³ Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1642/001, p.18 ; J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *o.c.* p. 120.

B. Le droit à l'information et au consentement libre et éclairé

Vaste sujet qui cristallise de nombreuses questions et réflexions, nous nous contenterons ici de résumer les principes généraux relatifs aux droits à l'information et au consentement libre et éclairé du patient.

1. Le droit à l'information sur son état de santé

En toute matière contractuelle, il existe une obligation d'information à charge de la personne la mieux informée, obligation que la loi du 22 août 2002 est venue consacrer par écrit pour la matière particulière des soins de santé¹⁶⁴. Par application de son article 7, paragraphe 1^{er}, ce droit porte sur « *toutes les informations qui le concernent [le patient] et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable* ». Cette information tend à réduire l'asymétrie de la relation thérapeutique, à renforcer la position du patient par rapport à un praticien qui en sait plus que lui¹⁶⁵.

À ce stade, ce droit n'est pas lié à la question du consentement, même si, nous le verrons, la loi prévoit de manière explicite que certaines informations doivent être communiquées en vue du consentement éclairé du patient¹⁶⁶. Relevons également que, sous certaines conditions, le patient a le droit de demander expressément qu'aucune information ne lui soit dévoilée. À l'inverse, il se peut aussi que la décision de ne rien dévoiler au patient émane du praticien lui-même, par application de ce que l'on appelle l'exception thérapeutique¹⁶⁷.

2. Le droit au consentement

a) Principe

Le consentement du patient est essentiel pour permettre au psychologue clinicien d'intervenir. Il s'agit d'une considération à la fois juridique, mais également thérapeutique. En santé mentale, le patient doit désirer la relation pour que celle-ci aboutisse à un résultat¹⁶⁸. Pour

¹⁶⁴ G. GENICOT, « L'information du patient quant à l'aspect financier d'une intervention médicale », *J.J.P.*, 2012, p. 238.

¹⁶⁵ A. ZIELINSKI, « La vulnérabilité dans la relation de soins. Fonds commun d'humanité », *Cahiers philosophiques*, 2011, p. 101.

¹⁶⁶ G. SCHAMPS « La relation de soins avec le psychologue clinicien : la portée des droits du patient » o.c., p. 97.

¹⁶⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 7, §§3 et 4, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

¹⁶⁸ D. OGEZ, M. COLMANT, E. ZECH et P. DE TIMARY, « Quand le psychologue rencontre systématiquement le patient : quelle place pour une demande personnelle ? Expérience auprès de patients atteints d'un cancer », *Psycho-oncologie*, 2014, p. 117.

être valable, le consentement doit être exprès¹⁶⁹, préalable, libre et éclairé¹⁷⁰. Fondé sur le droit au respect de l'intégrité physique, le consentement constitue une condition de licéité de l'intervention lorsque celle-ci porte atteinte à l'intégrité corporelle du patient. Toutefois, et ce sera précisément le cas pour l'intervention du psychologue clinicien, même lorsqu'il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité corporelle, le consentement du patient est toujours requis¹⁷¹. Les modalités du consentement et de son refus ou retrait sont toutes énumérées à l'article 8 de la loi du 22 août 2002.

Ainsi, l'article 8, paragraphe 2 contient la liste des informations à fournir au patient en vue de son consentement éclairé. S'il est renvoyé aux modalités prévues par l'article 7, paragraphes 2 et 3¹⁷², l'information à fournir préalablement au consentement se distingue du droit à l'information sur l'état de santé. En effet, le consentement est requis pour toute intervention diagnostique (visant donc à établir l'état de santé du patient) ou thérapeutique. Selon les cas, les informations visées à l'article 7 suivront (intervention diagnostique) ou précéderont (intervention thérapeutique), les informations imposées par l'article 8¹⁷³.

b) Charge de la preuve

Si les questions de forme sont explicitement réglées par la loi, tout autre est la question de la charge de la preuve de ce devoir d'information. En effet, depuis un arrêt de la Cour de cassation du 25 juin 2015, duquel il ressort qu'il incombe à l'avocat de prouver qu'il a exécuté son obligation d'information¹⁷⁴, se pose la question de la charge de la preuve de ce même devoir en matière de soins de santé. Peut-on appliquer ce raisonnement par analogie au devoir

¹⁶⁹ Le consentement pourra toutefois être implicite lorsqu'il peut être déduit du comportement du patient (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 8, §1^{er}, al. 2).

¹⁷⁰ S. TACK et T. BALHAZAR, « Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties », C.A.B.G., 2007, p. 1.

¹⁷¹ Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1642/001, p. 24.

¹⁷² Il n'est en revanche pas fait référence au paragraphe 4, le praticien professionnel ne pouvant pas invoquer l'exception thérapeutique et ainsi omettre certaines informations par peur que le patient refuse son consentement.

¹⁷³ S. TACK et T. BALHAZAR, « Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties », *o.c.*, p. 4.

¹⁷⁴ Cass., 25 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, n°15219.

d'information du praticien professionnel alors que, jusqu'alors, la Cour de cassation laissait au patient le soin d'apporter cette preuve¹⁷⁵ ? Doctrine et jurisprudence¹⁷⁶ sont divisées.

Dans l'attente d'un éventuel nouvel arrêt de la Cour, il semble utile pour le psychologue clinicien de veiller à se constituer une telle preuve, par exemple en consignait par écrit les informations qu'il communique au patient, au cas où sa responsabilité serait mise en cause. L'on pourrait, en effet, considérer qu'il est le mieux à même à se constituer de tels éléments probatoires. En tout état de cause, une telle précaution ne sera jamais vaine, eu égard au devoir de collaboration des parties dans l'administration de la preuve¹⁷⁷.

c) Exceptions

Enfin, il peut être dérogé à l'exigence de consentement préalable en cas de nécessité ou dans les cas prévus par la loi. Il s'agit principalement des cas d'urgence¹⁷⁸ ou encore de l'hypothèse déjà rencontrée où le psychologue déroge à la décision du représentant du patient. L'autorisation de la loi pourra également être invoquée comme cause de justification. L'on songe, par exemple, à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹⁷⁹. Toutefois pour ce dernier cas de figure, la Commission fédérale « Droits du patient » rappelle que ce n'est pas parce qu'il y a admission forcée, que le patient n'est pas capable d'exprimer sa volonté et qu'il pourra donc nécessairement y avoir traitement sous contrainte¹⁸⁰. Il convient d'être toujours prudent lorsque l'on déroge à ce droit essentiel du patient.

C. Les droits relatifs au dossier du patient

Si le patient du psychologue clinicien a désormais droit, de façon expresse, à ce que son dossier de patient soit tenu soigneusement à jour et conservé en lieu sûr, selon les termes de

¹⁷⁵ Voy. Cass., 14 décembre 2001, *J.T.*, 2002, p. 261 ; Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé.*, 2004, p. 298 et Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé.*, 2004, p. 299. Dans les deux derniers arrêts, la Cour affirme que l'obligation d'information est une obligation de moyens et qu'il n'y a donc pas lieu de faire exception au principe selon lequel le créancier de l'obligation doit démontrer la faute du débiteur, par application des articles 1315, C. civ. et 870, C. jud. ; Voy. M.-A. ORLANDO, « La charge de la preuve du devoir d'information du médecin : un revirement de jurisprudence ? », *R.G.A.R.*, 2017, n°15374.

¹⁷⁶ Voy. Civ. Liège, 6 novembre 2015, *R.G.A.R.*, 2016, n°15279 et *a contrario* Civ. Bruxelles, 29 février 2016, *Con. M.*, 2016, p. 97.

¹⁷⁷ I. REUSENS, « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaider pour un dialogue thérapeutique », note sous Civ. Bruxelles, 29 février 2016, *Con. M.*, 2016, p. 113.

¹⁷⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 8, §5, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

¹⁷⁹ *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14806 ; J.-M. HAUSMAN, « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », o.c. p. 112 à 113.

¹⁸⁰ Commission fédérale « Droits du patient », *Avis relatif à l'application de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient dans le secteur des soins de santé mentale ou au droit du patient au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel*, 18 mars 2011, CFDP/VH/RE/2011.

l'article 9, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi « droits du patient », la pratique était, selon madame ZECH, déjà bien ancrée parmi les professionnels avant même l'entrée en vigueur de la loi¹⁸¹. L'application de la loi de 2002 aux psychologues cliniciens n'apporte ici rien de neuf, d'autant plus qu'elle ne précise en aucune de ses dispositions le contenu du dossier¹⁸².

La seule crainte, qui nous est rapportée par E. ZECH, concerne le plan d'action « e-Santé ». Afin de favoriser l'accès du patient à son dossier, ainsi que le partage d'informations entre les différents praticiens, il est prévu qu'à terme, les professionnels de soins utilisent tous un « dossier patient informatisé » (ci-après, « DPI »), dossier électronique donc et en partie accessible aux autres praticiens en relation thérapeutique avec le patient¹⁸³. Plusieurs inquiétudes nous ont été révélées à ce sujet.

D'une part, il y a la question des annotations personnelles. Pour l'instant, E. ZECH utilise deux dossiers : l'un accessible au patient et contenant toutes ses informations, l'autre non accessible contenant ses réflexions personnelles. Si, à terme, seul l'usage du dossier électronique est permis, les professionnels de la psychologie clinique se demandent ce qu'il adviendra du dossier contenant leurs propres réflexions et qui n'ont nulle visée à être partagées¹⁸⁴. Leur sera-t-il toujours possible de fonctionner avec deux dossiers parallèles ?

La seconde interrogation concerne la forme du dossier électronique. Si les programmes de gestion des DPI n'ont pas encore été mis sur pieds, il est probable qu'en vue d'une simplification informatique, les informations à remplir par le praticien soient déjà préétablies avec, sans doute, différentes cases à cocher, ne laissant ainsi qu'une liberté limitée au praticien. Mais que faire du patient qui ne rentre pas dans les cases ?¹⁸⁵ Les problèmes de santé mentale sont complexes et n'ont pas vocation à rentrer dans un schéma prédéfini. La complétude du dossier doit-elle céder le pas face à la volonté de simplification ? Ne risque-t-on pas de perdre la nuance du diagnostic et du traitement et par là même une certaine qualité des soins, pour atteindre les objectifs, certes louables, de modernité et de travail multidisciplinaire ? Il y a en tous cas lieu de veiller, dans ce processus, à ne pas perdre de vue la complexité et la diversité

¹⁸¹ Voy. interview de Madame Emmanuelle ZECH en annexe.

¹⁸² Voy. Commission fédérale « Droits du patient », *Avis. Le dossier du patient*, 21 novembre 2017, p. 6 qui recommande notamment une définition univoque de la notion de « dossier du patient » et des règles quant à son contenu minimum.

¹⁸³ E-Santé, « Le paysage de l'e-Santé en 2019 pour le prestataire de soins », voy. <http://www.plan-egezondheid.be/fr/le-paysage-de-le-sante-en-2019/#zorg>. (dernière consultation le 4 juillet 2018).

¹⁸⁴ Voy. interview de madame Emmanuelle ZECH en annexe.

¹⁸⁵ *Ibid.*

des problèmes de santé mentale et de bien-être afin que tous, patients, praticiens et autorités, puissent s'y retrouver.

D. Une obligation : la collaboration

La plupart des droits du patient et des obligations en découlant pour le psychologue clinicien ne pourront être entièrement respectés si le patient n'assume pas son devoir de collaboration, véritable pilier à l'instauration d'une relation thérapeutique de qualité¹⁸⁶. En effet, le praticien professionnel devra respecter les dispositions de la loi du 22 août 2002, « [d]ans la mesure où le patient y apporte son concours »¹⁸⁷. Ainsi, le patient est tenu de fournir, spontanément ou sur interpellation du psychologue clinicien, toute information utile à la bonne intervention du praticien¹⁸⁸.

Section 3. La fin de la relation

§1^{er}. L'obligation de continuité des soins

Le psychologue clinicien ne peut pas « *sciemment et sans motif légitime dans [son] chef, interrompre un traitement d'un patient en cours sans avoir pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins* »¹⁸⁹. Il s'agit également d'une obligation déontologique¹⁹⁰. Concrètement, il appartient donc au psychologue clinicien qui souhaite mettre fin à la relation, en cours de traitement, de renvoyer son patient vers un autre psychologue clinicien¹⁹¹.

L'article 28 de la LEPSS créé, par ailleurs, la possibilité de mettre en place une permanence médicale, permettant une prise en charge des soins de santé mentale la semaine entre 18 heures et 8 heures du matin, les jours fériés et le week-end. Aucune initiative n'a encore été prise à ce sujet¹⁹².

¹⁸⁶ I. REUSENS, « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaidoyer pour un dialogue thérapeutique », *o.c.*, p. 119.

¹⁸⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 4, *M.B.*, 26 juin 2002, p. 43719.

¹⁸⁸ I. REUSENS, « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaidoyer pour un dialogue thérapeutique », *o.c.*, p. 121.

¹⁸⁹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 27, §1^{er}, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

¹⁹⁰ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 29, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

¹⁹¹ Un praticien disposant du même titre professionnel particulier, selon les termes de l'article 27, §2, al. 1^{er} de la loi coordonnée.

¹⁹² L. BODDEZ. et S. CALLENS, « Les droits et obligations du psychologue clinicien selon la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), *o.c.*, p. 173.

§2. Les honoraires

Enfin, le psychologue clinicien a droit, en vertu de l'article 35, alinéa 1^{er} de la loi coordonnée, à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires, pour les prestations qu'il a fournies. La disposition renvoie aux règles déontologiques qui prévoient que « [l]e psychologue a un devoir d'honnêteté et de juste mesure quant aux implications financières de ses activités professionnelles »¹⁹³. Précisons encore que la question du remboursement des prestations de psychologie clinique est sur la table. En attendant, le psychologue clinicien fixe encore librement ses honoraires¹⁹⁴.

¹⁹³ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 37, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

¹⁹⁴ L. BODDEZ, et S. CALLENS, « Les droits et obligations du psychologue clinicien selon la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), *o.c.*, p. 176.

TITRE 2. LA SURVENANCE D'UN DOMMAGE AU PATIENT :

QUELLES SOLUTIONS ?

L'extension du champ d'application personnel de la loi du 22 août 2002 aux psychologues cliniciens apporte une importante protection supplémentaire pour leurs patients, mais peut être source de préoccupations pour les professionnels qui voient ainsi leur responsabilité susceptible d'être invoquée plus fréquemment. Une formation juridique des psychologues cliniciens est, dès lors, essentielle afin d'éviter les conflits et garantir, ainsi, une meilleure prise en charge du patient.

Si malgré tout, un différend devait émerger entre les deux parties à la relation de soins, diverses solutions s'offrent au patient. Nous verrons toutefois que le terme « solution » peut prêter à confusion dès lors que certains mécanismes, et en particulier les mécanismes judiciaires, (chapitre 1^{er}) n'offrent pas toujours une satisfaction pleine et entière aux parties en litige. Pour tenter de répondre à ces difficultés, des solutions extrajudiciaires ont été mises en place (chapitre 2). Nous verrons si celles-ci constituent ou non une alternative réellement intéressante pour le patient.

CHAPITRE 1^{ER}. LES SOLUTIONS JUDICIAIRES

Parmi les diverses difficultés qui apparaîtront au fil de ce chapitre et qui caractérisent la procédure judiciaire en responsabilité médicale, figurent, sans conteste, la diversité des situations et la multiplication des acteurs susceptibles d'entrer en ligne de compte : compagnie d'assurance, praticien professionnel, institution de soins, société médicale, *etc.* En voici un aperçu à travers l'étude de la responsabilité civile du psychologue clinicien (section 1^{ère}) et de l'hôpital (section 2).

Section 1^{ère}. La responsabilité civile du psychologue clinicien

Lorsque le patient fait appel à un psychologue clinicien exerçant en cabinet privé, il peut directement s'adresser à ce dernier pour la réparation du dommage qu'il aurait subi, en lien avec l'exercice de la psychologie clinique. Il en va de même, en contexte hospitalier, lorsque le psychologue clinicien possède le statut d'indépendant¹⁹⁵. Ce dernier pourra être rendu responsable de son fait propre (§1er), du fait d'autrui (§2) ou encore du fait des choses qu'il a

¹⁹⁵ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 133.

sous sa garde (§3). Il est par ailleurs déontologiquement tenu de s'assurer pour tous les dommages qui découleraient de l'exercice de sa profession¹⁹⁶.

§1^{er}. La responsabilité personnelle du psychologue clinicien

Introduction

Nous avons vu précédemment que, dans la plupart des cas, patient et psychologue clinicien sont liés par un contrat¹⁹⁷. Les règles de la responsabilité contractuelle seront alors d'application. Il arrive toutefois que la relation soit de nature extracontractuelle, auquel cas la responsabilité aquilienne du psychologue clinicien sera en jeu¹⁹⁸. Tel sera par exemple le cas lorsque le patient a uniquement contracté avec l'hôpital, lorsque le dommage ne découle pas de l'inexécution du contrat médical ou encore en période pré ou post-contractuelle¹⁹⁹.

Si les régimes de responsabilité contractuelle et extracontractuelle connaissent une certaine harmonie²⁰⁰, nous relevons toutefois une différence quant au délai de prescription des actions. En effet, en responsabilité contractuelle la victime dispose d'un délai de dix ans pour agir, tandis que ce délai est ramené à cinq ans à partir du jour qui suit celui où elle a eu connaissance du dommage ou de son aggravation et de l'identité de la personne responsable, lorsque l'on se trouve en responsabilité extracontractuelle, sachant que l'action se prescrit, en tout cas, par vingt ans²⁰¹.

Dans certains cas, la victime pourra choisir le fondement de son action. Le concours de responsabilité est en effet admis à la double condition que la faute du contractant (le psychologue clinicien) soit une faute mixte – qui constitue un manquement non seulement à une obligation contractuelle mais aussi à l'obligation générale de diligence –, ayant causé un dommage extracontractuel²⁰². Par ailleurs, la Cour de cassation a également admis le concours dès lors que la faute contractuelle constitue, en même temps, une infraction pénale²⁰³. Dans ce premier paragraphe, nous examinerons indistinctement les deux ordres de responsabilité.

¹⁹⁶ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 27, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

¹⁹⁷ Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 2, section 1^{ère}, §1^{er}.

¹⁹⁸ Liège, 22 janvier 2015, *J.T.*, 2015, p. 806.

¹⁹⁹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., pp. 25 à 29.

²⁰⁰ Tous deux sont en effet basés sur l'existence d'une faute en lien causal avec le dommage, la faute étant appréciée de la même manière.

²⁰¹ C. civ., art. 2262bis, §1^{er}; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., pp. 115 à 117.

²⁰² Cass., 14 octobre 1985, *R.C.J.B.*, 1988, p. 341.

²⁰³ Cass., 26 octobre 1990, *Pas.*, 1991, I, p. 216; B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », *Con. M.*, 2014, pp. 198 à 200.

A. Nature des obligations du psychologue clinicien

De la conclusion du contrat médical, naît l'obligation pour le psychologue clinicien de conseiller et/ou soigner le patient, tandis que ce dernier s'engage à payer les honoraires²⁰⁴. Cette obligation de soins, mise à charge du professionnel, est unanimement qualifiée d'obligation de *moyens*, c'est-à-dire une obligation par laquelle le débiteur « *s'engage à tout mettre en œuvre pour parvenir à l'objectif envisagé, mais sans garantir qu'il l'atteindra* »²⁰⁵. Cette position est par ailleurs confirmée par le Code de déontologie des psychologues²⁰⁶. Le psychologue clinicien s'engage, non pas à guérir le patient ou à le délivrer de tous ses maux, mais à lui prodiguer des soins consciencieux, à l'instar d'un psychologue clinicien normalement prudent et diligent²⁰⁷.

Ce critère de prudence et de diligence va être retenu pour l'appréciation de la faute. Pour obtenir réparation, le patient doit démontrer l'existence d'une faute, laquelle consistera, en présence d'une obligation de moyens, dans le fait de ne pas s'être comporté comme une personne normalement prudente et diligente, de ne pas avoir mis en œuvre tous les moyens raisonnables pour atteindre le résultat²⁰⁸.

Parallèlement à cette obligation de soins, il n'est pas exclu que le psychologue clinicien contracte des obligations de résultat. Il en va par exemple ainsi du secret professionnel. Hormis les exceptions prévues par la loi et l'état de nécessité, le psychologue clinicien commet une faute lorsqu'il méconnaît son obligation au secret et engage ainsi sa responsabilité si cette faute est source d'un dommage²⁰⁹. Il en va de même lorsque patient et psychologue conviennent d'utiliser une méthode particulière de traitement. L'obligation sera alors qualifiée d'obligation de résultat²¹⁰.

En somme, la nature des obligations d'un débiteur est avant tout déterminée par la volonté commune des parties²¹¹, dont le juge devra tenir compte par priorité²¹². Une telle volonté

²⁰⁴ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 21.

²⁰⁵ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », in *Les responsabilités professionnelles* (sous la coord. de S. BOUFFLETTE), Conférence Libre du Jeune Barreau de Liège, 2017, Limal, Anthemis, p. 205.

²⁰⁶ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 25, al. 3, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

²⁰⁷ P. ANCEL, « L'obligation de soins du médecin. Rapport belge et luxembourgeois », o.c., p. 27.

²⁰⁸ Cass., 26 février 1962, *Pas.*, 1962, I, p. 723 ; G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », o.c., p. 207.

²⁰⁹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 32.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 33.

²¹¹ C. civ., art. 1134.

²¹² G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », o.c., pp. 207 à 208.

commune n'étant pas toujours limpide, le juge pourra largement se référer à un autre critère, celui de l'aléa. En effet, si le résultat à atteindre ne présente presque aucun caractère aléatoire – autrement dit, s'il y a une quasi-certitude que le résultat sera au rendez-vous – l'on pourra déduire la volonté implicite des parties d'atteindre un tel résultat²¹³. Dans le cas contraire, à l'instar de l'obligation de soins, seule une obligation de moyens pèsera sur le psychologue clinicien.

L'intérêt de la distinction réside dans la charge de la preuve de la faute. Qui dit obligation de résultat, dit présomption de faute car il suffira au patient de démontrer que le résultat n'a pas été atteint pour présumer une faute dans le chef du débiteur ; ce dernier ne pouvant alors plus se dégager qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère exonératoire²¹⁴. Ainsi, le psychologue clinicien qui méconnaît son obligation au secret professionnel est en faute, sauf pour lui à démontrer qu'il se trouvait dans l'un des cas d'exception établis par la loi ou encore d'invoquer l'état de nécessité²¹⁵. Si par contre l'obligation est dite de moyens, la tâche n'en sera que plus ardue pour le patient puisqu'il devra démontrer que le prestataire de soins n'a pas tout mis en œuvre pour respecter son obligation²¹⁶.

La question de la nature des obligations du psychologue clinicien est donc importante d'un point de vue probatoire. Reste à voir maintenant, sur quoi doit porter cette preuve. Quelles sont les conditions de la responsabilité du professionnel ? Dès lors que le droit commun s'applique, le patient devra démontrer une faute (B) en lien causal avec un dommage (C).

B. La faute du psychologue clinicien

« Dans le cadre de ses compétences, le psychologue assume toujours personnellement la responsabilité du choix, de l'application et des conséquences des méthodes et des techniques qu'il met en œuvre »²¹⁷. À cet égard, la faute consistera, pour le psychologue clinicien, dans « tout manquement, si minime soit-il, volontaire ou involontaire, par acte ou par omission, à

²¹³ Cass., 15 janvier 2010, *R.C.J.B.*, 2010, p. 507, note J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens ».

²¹⁴ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, p. 206.

²¹⁵ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 32.

²¹⁶ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, p. 207.

²¹⁷ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 25, al. 1^{er}, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

une norme de conduite préexistante »²¹⁸, étant entendu que la faute la plus légère suffit à engendrer l'obligation de réparation²¹⁹.

À titre d'exemple, M. COËFFE et S. CALLENS, ont imaginé l'hypothèse d'un psychologue clinicien qui ne renvoie pas son patient vers un médecin afin d'exclure toute cause biologique à ses problèmes de dépressions récurrentes²²⁰. L'on pourrait également imaginer que sa responsabilité soit recherchée suite au suicide de l'un de ses patients, comme ce fût déjà le cas pour un psychiatre²²¹.

La norme de conduite méconnue peut être déterminée (1) ou indéterminée (2).

1. La violation d'une norme de conduite déterminée

Le rappel des droits du patient, que le psychologue clinicien est désormais légalement tenu de respecter, est important. En effet, la violation consciente²²² d'une de ces dispositions, imposant un comportement précis et déterminé²²³, est, en soi, constitutive d'une faute²²⁴. Respecter ces dispositions revient à imposer au psychologue clinicien une obligation de résultat et il suffira donc au patient de démontrer que son droit n'a pas été respecté pour que le praticien soit présumé en faute²²⁵.

²¹⁸ J. DABIN et A. LAGASSE, « Examen de jurisprudence (1939 à 1948) – La responsabilité délictuelle et quasi délictuelle », *R.C.J.B.*, 1949, p. 57 ; M. STEHMAN, « Quelques propos sur les fautes médicales », *Con. M.*, 2018, p. 63.

²¹⁹ B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT, B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, Vol. I, *Le fait générateur et le lien causal*, Coll. Les Dossiers du Journal des Tribunaux, n°74, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 22.

²²⁰ M. COËFFÉ et S. CALLENS, « La responsabilité du psychologue », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, p. 137.

²²¹ En l'espèce, le médecin chef du service psychiatrique dans lequel le patient séjournait librement a été acquitté de l'infraction d'homicide involontaire et, tant le tribunal correctionnel de Mons que la Cour d'appel ont estimé qu'aucune négligence ne pouvait lui être reprochée ; N. COLLETTE-BASECQZ, « Suicide d'un patient psychiatrique : à qui la faute ? », *Rev. dr. santé*, 2015, pp. 409 à 410.

²²² La violation doit avoir lieu librement et consciemment, ce qui signifie que l'auteur de la violation doit avoir, au moment des faits, la capacité de discernement et ne peut invoquer aucune cause de justification ; B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT, B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, o.c., pp. 35 à 39.

²²³ Il en va, par exemple, ainsi de la violation du droit de consultation du dossier ou encore de la violation du secret professionnel. En revanche, le droit à des prestations de qualité n'impose pas un comportement déterminé au psychologue clinicien et s'apparente donc à une obligation de moyens. Le simple constat de la violation de l'article 5 de la loi du 22 août 2002 ne suffira pas à considérer que le psychologue a commis une faute.

²²⁴ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », o.c., p. 196.

²²⁵ Voy. *supra*, titre 2, chapitre 2, section 1^{ère}, §1^{er}.

Toutefois, le fait que les dispositions légales (ou réglementaires) ont été respectées, n'exclut pas la reconnaissance d'une responsabilité du professionnel. Encore faut-il vérifier qu'aucune négligence ne peut lui être reprochée²²⁶.

2. La violation d'une norme de conduite indéterminée

La plupart du temps, la faute du psychologue clinicien consistera dans un manquement au devoir général de prudence et de diligence, telle l'obligation de fournir des prestations de qualité. Il faudra alors, pour apprécier la faute, comparer son comportement à celui d'un psychologue clinicien, de la même spécialité, replacé dans les mêmes circonstances²²⁷. Cette comparaison doit se faire par rapport à l'acte incriminé. Ainsi et bien que la différence entre les deux professions soit tenue²²⁸, si un psychologue clinicien, n'ayant pas suivi la formation particulière en psychothérapie, pose un acte relevant de la psychothérapie, son comportement devra être analysé à la lumière du comportement d'un psychothérapeute normalement prudent et diligent²²⁹.

S'il s'agit d'un critère abstrait, interdisant la prise en compte d'éléments subjectifs telle l'expérience du professionnel, l'appréciation commande toutefois une certaine concrétisation. Il y a ainsi lieu de replacer la personne de référence dans les circonstances de temps et de lieu de l'acte dommageable, compte tenu des données concrètes dont le psychologue avait ou aurait dû avoir connaissance²³⁰ et ce « *dans le cadre des théories et des méthodes reconnues par la communauté scientifique des psychologues, en tenant compte des critiques et de l'évolution de celles-ci* »²³¹.

À titre d'illustration, reprenons l'hypothèse du patient qui séjourne dans un service psychiatrique et qui décide de mettre fin à ses jours. Il pèse, dans une telle situation, une obligation de surveillance à charge du personnel soignant et donc le cas échéant à charge du psychologue clinicien. Cette obligation est toutefois qualifiée de moyens, de sorte que le simple constat que le patient a échappé à la surveillance du personnel ne suffira pas à conclure à

²²⁶ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, p. 196.

²²⁷ B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT, B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, *o.c.*, p. 798.

²²⁸ Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 3.

²²⁹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 50. Relevons par ailleurs que le Code de déontologie impose au psychologue d'exercer sa profession dans les limites de ses compétences et de ne procéder à aucune intervention pour laquelle il n'est pas qualifié ; voy. A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 32, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

²³⁰ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, p. 198.

²³¹ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 32, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

l'existence d'une faute. Il faudra tenir compte des informations dont le psychologue avait connaissance, à ce moment-là, quant à la situation et aux antécédents du patient. De cette manière, si le psychologue clinicien n'a pas pris de mesure de sécurité particulière, alors qu'il avait connaissance des tendances suicidaires de son patient, l'on pourra considérer que, dans le cas d'espèce, il n'a pas agi comme un psychologue clinicien normalement prudent et diligent²³².

L'on voit donc que tout est question d'espèce et que le psychologue clinicien devra être attentif, non seulement au respect des dispositions légales s'imposant désormais à sa profession, mais également au respect du devoir général de prudence et de diligence. Qu'en tout état de cause, il ne devra accomplir aucun acte dépassant ses compétences et s'enquérir toujours de l'évolution des théories et techniques scientifiquement reconnues. Une telle précaution contribuera non seulement à améliorer la qualité des soins de santé mentale, mais également à éviter la multiplication des procès, qui ne sont bénéfiques, ni pour le patient, ni pour le professionnel de la santé²³³.

C. Le dommage et le lien causal

Pour engager la responsabilité du psychologue clinicien, le patient – demandeur devra établir qu'il subit un dommage et que celui-ci est en lien causal avec la faute démontrée. Nous examinons ici, sans entrer dans les détails, les principes de base de ces deux conditions.

La victime devra démontrer qu'elle subit un dommage certain, étant entendu qu'il s'agit d'une certitude judiciaire. En effet, l'aléa est un élément inhérent à la matière médicale de sorte qu'il est très rare d'arriver à une certitude absolue. Comment être sûr que, sans la faute dans le traitement du patient, celui-ci aurait cessé de souffrir de dépression ? On estime donc que pour qu'il y ait indemnisation, la conviction du juge doit arriver à un degré élevé de probabilité, conforme au cours normal des choses²³⁴.

Pour venir en aide aux victimes, la Cour de cassation a, à plusieurs reprises, accepté d'indemniser non pas le dommage subi par la victime, mais la perte de chance d'éviter le dommage²³⁵. Dans ce cadre, c'est la perte de chance qui constitue un dommage distinct, indemnisable.

²³² N. COLLETTE-BASECQZ, « Suicide d'un patient psychiatrique : à qui la faute ? », *o.c.*, pp. 410 à 411.

²³³ S. EL BANNA, J.-P. BEAUTHIER, A. CATANO et L. BISSEN, « La responsabilité des professionnels dans le secteur des soins de santé. Une vision de la procédure par le thérapeute, ou l'envers du décor », *Con. M.*, 2017, p. 122.

²³⁴ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 101.

²³⁵ Voy. not. Cass., 5 juin 2008, *Pas.*, 2008, p. 1425.

Encore faut-il toutefois que le dommage ou la perte de chance ne se soit pas produit, tel qu'il est advenu *in concreto*, si la faute n'avait pas été commise. Autrement dit, le patient doit prouver que la faute du psychologue clinicien est bien en relation causale certaine avec le dommage. Il s'agit, à nouveau, d'une certitude judiciaire²³⁶.

§2. La responsabilité du psychologue clinicien pour le fait d'autrui

Déontologiquement, « [l]e psychologue exige de ses collaborateurs non-psychologues le respect du [...] code de déontologie dans le travail qu'ils exécutent. Il assume la responsabilité de leurs manquements éventuels »²³⁷. Il en va de même en responsabilité civile où nous examinons respectivement la responsabilité du psychologue du fait de ses collaborateurs (A) et du fait du candidat psychologue clinicien (B).

A. La responsabilité du psychologue clinicien du fait de ses collaborateurs

Lorsque l'on évoque les collaborateurs du psychologue clinicien, l'on songe, d'une part aux collaborateurs non psychologues, tels un ou une secrétaire ou encore un infirmier lorsque l'on se trouve en contexte hospitalier (1). D'autre part, se pose la question de la responsabilité du prestataire autonome pour les actes des professions de support en soins de santé mentale (2).

1. Les collaborateurs non psychologues

Le principe de responsabilité du fait d'autrui existe tant en matière contractuelle, qu'en matière extracontractuelle, mais les conditions ne sont pas tout à fait identiques. Si le patient a conclu un contrat avec le psychologue clinicien, il ne disposera d'un choix entre action aquilienne et action contractuelle que dans l'hypothèse du concours de responsabilités²³⁸. Tel sera, notamment, le cas lorsque le collaborateur a commis une infraction pénale, par exemple une violation du secret professionnel^{239/240}. Nous envisagerons dès lors les deux actions de manière distincte.

²³⁶ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé, o.c.*, pp. 107 à 108.

²³⁷ A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, art. 26, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703.

²³⁸ Voy. *supra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 1^{ère}, §1^{er}, introduction.

²³⁹ C. pén., art. 458.

²⁴⁰ T. MALENGREAU, « La responsabilité extracontractuelle du commettant pour le fait de son préposé : jurisprudence récente et réflexions », in *Droit de la responsabilité. Questions choisies* (sous la dir. de F. GLANSDORFF), Commission Université-Palais, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 73 à 74.

a) La responsabilité contractuelle du fait des agents d'exécution

« Lorsqu'une personne qu'un contractant s'est substituée pour exécuter une obligation contractuelle commet une faute dans l'exécution de cette obligation, le contractant est lui-même contractuellement responsable du dommage causé par cette faute au cocontractant »²⁴¹. Si le psychologue clinicien a par exemple fait appel à un infirmier pour l'exécution d'un acte thérapeutique, il sera contractuellement responsable de la faute commise par ce dernier, sans que la victime ait à chercher à qui imputer la faute^{242/243}.

Cette responsabilité, dégagée par la jurisprudence au départ de divers textes du Code civil²⁴⁴, suppose simplement la démonstration d'une faute de la part de l'agent en lien causal avec le dommage, sans qu'il soit requis que le psychologue clinicien (le contractant) ait lui-même commis la moindre faute²⁴⁵. La faute doit néanmoins obligatoirement consister dans une atteinte aux obligations contractuelles du psychologue. Par ailleurs, cette responsabilité présente le désavantage de pouvoir être exclue contractuellement via une clause exonératoire²⁴⁶.

b) La responsabilité extracontractuelle du fait d'autrui

Si la responsabilité du commettant du fait de son préposé a le mérite de protéger la victime en étant irréfragable²⁴⁷, elle soulève néanmoins la délicate question du lien de subordination, ainsi que du lien qui doit exister entre l'acte dommageable et les fonctions du préposé.

Imaginons que le secrétaire du psychologue clinicien méconnaisse le secret professionnel et que le patient en subisse un dommage. Pour rendre le psychologue clinicien responsable de cette faute, il faut que ce dernier ait la qualité de commettant envers le secrétaire, ce qui suppose l'existence d'un lien de subordination. Selon la Cour de cassation, un tel lien existe « *dès qu'une personne peut, en fait, exercer son autorité et sa surveillance sur les actes d'une autre*

²⁴¹ Cass., 21 juin 1979, *Pas.*, 1979, I, p. 1226 ; G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, p. 202.

²⁴² *Ibid.*, p. 202.

²⁴³ Attention toutefois que, dans le cadre d'une faute commise par un infirmier, il faudra se poser la question de savoir qui, du psychologue clinicien ou de l'hôpital, doit être rendu responsable de ses actes. Il y a lieu, dans ce cas de vérifier si la faute de l'infirmier présente un lien avec les obligations contractuelles du psychologue clinicien. Tout est question d'espèce. Voy. T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 141.

²⁴⁴ Respectivement relatifs au contrat de bail, d'entreprise et de mandat. Voy., C. civ., art. 1735 ; 1797 et 1994, al. 1^{er}.

²⁴⁵ P. WÉRY, *Droit des obligations*, vol. I, *Théorie générale du contrat*, 2^e éd., Précis de la Faculté de Droit de l'Université catholique de Louvain, Bruxelles, Larcier, 2011, p. 531.

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ C. civ., art. 1384, al. 3 et 5.

personne » et ce pour son propre compte²⁴⁸. Il suffit par ailleurs que le psychologue clinicien ait pu exercer son autorité au moment de l'acte, sans qu'il ne l'ait effectivement exercée²⁴⁹.

Une seconde difficulté résidera pour le patient, dans le fait que l'acte dommageable doit être en lien avec les fonctions du préposé, c'est-à-dire « *effectué pendant la durée du service et qu'il soit en relation avec celui-ci, même indirectement et occasionnellement* »²⁵⁰. Il y a donc lieu, sans entrer dans les détails, non seulement de vérifier que la faute a été commise pendant les heures de travail, mais également de s'assurer qu'elle présente un lien de connexité suffisant avec les fonctions du préposé²⁵¹.

Si dans certains cas, la réunion de ces deux conditions semble évidente, leur exigence nous pousse cependant à considérer que la voie contractuelle paraît, à première vue et hormis l'hypothèse d'une clause exonératoire, plus accessible au patient victime. C'est ainsi que, tel que commandé par la Cour de cassation²⁵², les juges ont tendance à appliquer le régime de responsabilité le plus approprié au cas d'espèce et, s'agissant de la responsabilité du fait d'autrui, à raisonner sur une base contractuelle plutôt qu'aquilienne²⁵³.

2. Les professions de support en soins de santé mentale

Outre l'exercice de la psychologue clinique, la loi De Block vise également les professions de support en soins de santé mentale. Il s'agit, selon la loi, de personnes qui viennent assister les professionnels autorisés à exercer la psychothérapie de manière autonome, dont, notamment, le psychologue clinicien ayant suivi la formation spécialisée en psychothérapie²⁵⁴. Si un arrêté royal doit encore établir la liste de ces professions, selon Emmanuelle ZECH, une telle profession de support pourra par exemple être exercée par un psychologue clinicien n'ayant pas obtenu une évaluation positive à l'issue de son stage professionnel²⁵⁵.

Dès lors qu'il s'agit de professionnels non autonomes, exerçant sous la supervision d'un autre professionnel, se pose la question d'une éventuelle responsabilité du praticien autonome

²⁴⁸ Cass., 22 janvier 2007, *Pas.*, 2007, p. 122.

²⁴⁹ T. MALENGREAU, « La responsabilité extracontractuelle du commettant pour le fait de son préposé : jurisprudence récente et réflexions », *o.c.*, p. 54.

²⁵⁰ Cass. 27 mars 1944, *Pas.*, 1944, I, p. 175.

²⁵¹ T. MALENGREAU, « La responsabilité extracontractuelle du commettant pour le fait de son préposé : jurisprudence récente et réflexions », *o.c.*, pp. 75 à 78.

²⁵² Cass., 14 avril 2005, *Pas.*, 2005, p. 862.

²⁵³ G. GENICOT., *Droit médical et biomédical*, *o.c.*, p. 281.

²⁵⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/2/2, §1^{er}, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172. Telle sera peut-être la situation des assistants en psychologie.

²⁵⁵ Voy. interview de Madame Emmanuelle ZECH en annexe.

pour les actes de son « assistant ». La question a été posée à la ministre De Block, laquelle a répondu, de manière évasive, qu'il y avait lieu de se référer à l'appréciation du juge, un cas n'étant pas l'autre. Elle a toutefois pris soin de rappeler les principes de base, notamment celui de la responsabilité civile de l'employeur pour les faits de ses travailleurs, considérant que la loi coordonnée n'y apportait aucun changement. Pour plus de précision, il est renvoyé à un avis ultérieur du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale²⁵⁶.

L'on ne peut donc exclure l'application des principes de la responsabilité du fait d'autrui – déjà rencontrés au point 1 ci-avant – s'agissant d'actes posés par un professionnel de support qui viendrait assister le psychologue clinicien dans son travail. Toutefois, comme le précise la ministre, tout est question d'espèce et il y aura lieu de voir, dans la pratique, comment s'organise la collaboration entre praticien autonome et non autonome. En tout état de cause, l'arrêté d'exécution de l'article 68/2/2 de la LEPSS sera bienvenu afin de clarifier cette notion de supervision.

B. La responsabilité du psychologue clinicien du fait du candidat psychologue clinicien

Qu'en est-il lorsque le psychologue clinicien est agréé en tant que maître de stage et prend sous son aile un jeune diplômé en psychologie en vue de la réalisation de son stage professionnel²⁵⁷ ? La question n'a pas encore été posée devant les cours et tribunaux, mais l'on peut tenter de raisonner par analogie avec le statut des médecins assistants candidats spécialistes (ci-après « MACS »), dont la question de la responsabilité a été débattue, à plusieurs reprises, devant nos juridictions²⁵⁸. Tant le MACS que le candidat psychologue se trouvent, en effet,

²⁵⁶ Question n°169 de Mme Muriel GERKENS du 16 novembre 2016 (Fr.), Q.R., Ch. repr., sess. ord. 2016-2017, n°536, p. 18. Suite à la réponse de la ministre, une motion de recommandation a été déposée afin, notamment, d'inviter le gouvernement à préciser en quoi consiste la notion de supervision et la responsabilité qui en découle pour le praticien autonome.

²⁵⁷ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, art. 68/1, §4, M.B., 18 juin 2015, p. 35172.

²⁵⁸ Leur statut est réglé par l'A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B., 27 mai 2014, p. 41329.

Plusieurs éléments nous indiquent que le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale s'est, dans son avis du 8 février 2018, inspiré de cet arrêté ministériel, rendant ainsi la comparaison possible entre candidat psychologue et MACS. De manière non exhaustive, nous relevons les points suivants :

- Le service de stage doit permettre au psychologue/MACS d'acquérir une large expérience quantitative et qualitative (p. 19 de l'avis ; art. 41, al. 1^{er} de l'A.M.) ;
- La possibilité d'effectuer une partie du stage dans un pays tiers (p. 21 de l'avis ; art. 11/1 de l'A.M.) ;
- L'ensemble des dispositions relatives à l'agrément du maître de stage et, notamment, le fait que le maître de stage exerce une autorité sur les activités des candidats, ainsi que sur les dossiers et documents établis par eux et en assure le contrôle (pp. 21 à 23 de l'avis ; chap. 3 de l'A.M.) ;

dans une période de transition, durant laquelle ils ne sont plus étudiants, mais au cours de laquelle il leur appartient d'acquérir une autonomie croissante et un certain degré de compétence²⁵⁹.

Ce caractère hybride du candidat va avoir des répercussions sur la question de la responsabilité et la jurisprudence fait peser la réparation du dommage tantôt sur les épaules de l'hôpital au sein duquel le MACS travaille, tantôt sur ceux de son maître de stage²⁶⁰.

1. Le candidat psychologue clinicien est un préposé

a) De la structure de soins

Si le candidat psychologue effectue sa formation au sein d'une structure de soins, tel un hôpital²⁶¹, on pourra considérer, à la lumière de la tendance jurisprudentielle, que c'est la structure de soins qui devra répondre de la faute commise par le candidat. Dans certains cas, ce raisonnement sera fondé sur l'existence d'un lien de subordination (responsabilité extracontractuelle), tandis que, dans d'autres hypothèses, le juge qualifiera le candidat d'agent d'exécution²⁶². Cette interprétation est par ailleurs corroborée par l'article 17 de l'arrêté ministériel de 2014, qui précise que le candidat spécialiste fait partie du personnel médical de l'hôpital et qu'il est tenu d'en respecter le règlement²⁶³.

b) De son maître de stage (coordinateur)

D'autres décisions ont cependant retenu, non pas l'hôpital, mais bien le maître de stage en qualité de commettant. En principe, et après lecture de l'arrêté ministériel, le maître de stage *coordinateur* sera considéré comme exerçant l'autorité caractéristique de la subordination, même s'il n'est pas exclu, après analyse factuelle, que cette autorité soit finalement mise sur

-
- Le maître de stage doit s'assurer que le candidat est couvert par une assurance en responsabilité professionnelle, contractée par une université, un maître de stage agréé ou une organisation de soins de santé/un hôpital (p. 23 de l'avis ; art. 38 de l'A.M.) ;
 - Etc.

²⁵⁹ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018., p. 22 ; I. LUTTE, « Le statut et la responsabilité du médecin candidat spécialiste et du maître de stage », note sous Liège, 7 avril 2000, *Rev. dr. santé*, 2002, p. 47.

²⁶⁰ I. REUSENS, « La responsabilité civile des médecins candidats cliniciens spécialistes (MACS) et du maître de stage », *Con. M.*, 2017, p. 167.

²⁶¹ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018, p. 19.

²⁶² Liège, 7 avril 2000, *Rev. dr. santé*, 2002, p. 45 ; B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT., B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, o.c., p. 840.

²⁶³ Sur la responsabilité de l'hôpital, voy. *infra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 2.

les épaules d'un maître de stage (*non coordinateur*)²⁶⁴. Plusieurs éléments de l'avis du Conseil fédéral permettent de présumer l'existence d'un lien de subordination, même si, on le rappelle, l'examen de la responsabilité du fait d'autrui ne peut jamais se dispenser d'une analyse concrète de la situation.

Tout d'abord, il est indiqué que le maître de stage prend les mesures organisationnelles appropriées afin de permettre au candidat psychologue d'assister aux cours, exposés, *etc.*²⁶⁵, ce qui laisse supposer qu'il est probablement responsable de l'horaire de travail du candidat, signe d'une certaine autorité²⁶⁶. Par ailleurs, « [l]e maître de stage exerce une autorité sur les activités des candidats psychologues cliniciens ainsi que sur les dossiers et documents établis par eux, et il en assure le contrôle »²⁶⁷. Enfin, le maître de stage doit s'assurer que le candidat est bien couvert par une assurance en responsabilité professionnelle²⁶⁸.

La combinaison de ces facteurs a, plusieurs fois, emporté la conviction du juge quant à l'existence d'un lien de subordination entre MACS et maître de stage²⁶⁹. Il semble dès lors probable, si le futur arrêté royal va dans le sens de l'avis du Conseil fédéral, que des décisions de justice similaires soient prises à l'encontre du candidat en psychologie clinique et de son maître de stage.

2. Le candidat psychologue clinicien est un élève

Chargé d'assurer la formation du candidat psychologue, le maître de stage pourrait être qualifié d'instituteur au sens de l'article 1384, alinéa 4 du Code civil²⁷⁰. La notion d'enseignement doit, en effet, être appréciée de manière large car elle vise « *toute communication d'une instruction, que celle-ci soit scientifique, professionnelle, morale ou sociale* »²⁷¹. Une telle responsabilité pourra toutefois être renversée par la démonstration que le maître de stage a correctement exécuté son devoir de surveillance ou qu'une telle surveillance n'aurait de toute façon pas pu empêcher la survenance du dommage. Ce devoir de surveillance

²⁶⁴ B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », o.c., p. 214.

²⁶⁵ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018., p. 22.

²⁶⁶ B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT., B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, o.c., p. 856.

²⁶⁷ Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018., p. 22.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 23.

²⁶⁹ Liège, 23 décembre 1997, *R.G.A.R.*, 1999, n°13168.

²⁷⁰ Liège, 28 mai 1998, *J.L.M.B.*, 1999, p. 268.

²⁷¹ Cass., 3 décembre 1986, *Pas.*, 1987, I, p. 410.

sera apprécié au regard de l'autonomie croissante que le candidat est censé acquérir au cours de son stage²⁷².

Enfin, précisons que, si le maître de stage est lui-même lié par un contrat de travail avec l'institution de soins, il bénéficiera de l'immunité de responsabilité civile consacrée par l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978, pour ses fautes légères et occasionnelles²⁷³, et ce qu'il soit considéré comme le commettant ou l'instituteur du candidat psychologue. Dans une telle hypothèse, la réparation du dommage reviendra *in fine* à l'institution de soins, en sa qualité de commettant du maître de stage²⁷⁴. Il en va de même du psychologue clinicien agent subordonné d'un hôpital public²⁷⁵.

§3. La responsabilité du psychologue clinicien du fait des choses

Selon Emmanuelle ZECH, rares sont les psychologues cliniciens qui utilisent des objets particuliers dans le cadre de leur thérapie. Ce n'est toutefois pas impossible spécialement lorsque le praticien a à faire à des enfants ou adolescents²⁷⁶. Si tel est le cas, il ne devra pas perdre de vue la possibilité d'engager sa responsabilité pour le dommage causé par la chose dont il serait gardien, pour autant que cette chose soit affectée d'un vice²⁷⁷. Notons toutefois que si le psychologue devait être considéré comme préposé d'un hôpital, il ne pourra se voir conférer la qualité de gardien de la chose²⁷⁸. La garde devant être exercée pour compte propre, l'hôpital assumera vraisemblablement cette responsabilité²⁷⁹. Pour plus d'informations, il est renvoyé au paragraphe trois de la section suivante.

Section 2. La responsabilité civile de l'hôpital

Le monde médical s'accorde, de plus en plus, sur la nécessité d'une approche globale ou « *bio-psycho-sociale* »²⁸⁰ du patient qui n'est plus simplement perçu comme un « cas » médical ou une maladie qui ne sera combattue qu'en appliquant tel protocole, à l'aide de tel(s)

²⁷² I. REUSENS, « La responsabilité civile des médecins candidats cliniciens spécialistes (MACS) et du maître de stage », o.c., p. 172.

²⁷³ Voy. *infra*.

²⁷⁴ B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », o.c., p. 215.

²⁷⁵ Loi du 10 février 2003 relative à la responsabilité des et pour les membres du personnel au service des personnes publiques, art. 2, *M.B.*, 27 février 2003, p. 9558.

²⁷⁶ Voy. interview de Madame Emmanuelle ZECH en annexe.

²⁷⁷ C. civ., art. 1384, al. 1^{er}.

²⁷⁸ Voy. *infra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 2.

²⁷⁹ B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », o.c., p. 219.

²⁸⁰ Conseil national des Etablissements hospitaliers, *Avis concernant la fonction psychologique à l'hôpital général et psychiatrique*, Bruxelles, 13 novembre 2003, CNEH/D/PSY/228-2.

instrument(s). Que ce soit pour gérer les conséquences d'une maladie physique ou de son annonce au patient ou encore pour favoriser ses chances de guérison, l'aspect psychique trouve une place croissante dans la relation thérapeutique. L'intervention d'un professionnel de la santé mentale n'est plus un luxe, mais un élément à part entière, parfois indispensable, du parcours de soins²⁸¹. Ainsi, si les psychologues cliniciens peuvent exercer en tant que profession libérale dans un cabinet indépendant, il leur arrive aussi de travailler au sein d'une structure de soins, tel des hôpitaux généraux ou psychiatriques²⁸².

Dans une telle hypothèse, plusieurs voies s'offrent au patient pour tenter d'obtenir la réparation de son dommage par l'hôpital. Ce dernier peut en effet être rendu responsable de son fait propre (§1^{er}), du fait du psychologue clinicien (§2) ou encore du fait des choses qu'il a sous sa garde (§3).

§1^{er}. La responsabilité personnelle de l'hôpital

À l'instar de la responsabilité personnelle du psychologue clinicien, la responsabilité de l'hôpital pour son fait propre peut être engagée sur un fondement contractuel ou extracontractuel. En principe, le patient qui a la capacité de contracter sera lié par une relation contractuelle à l'hôpital²⁸³. Si ce n'est pas le cas ou encore si le contrat est nul ou que le dommage ne découle pas d'une inexécution contractuelle, les règles de la responsabilité aquilienne seront en jeu.²⁸⁴

Deux types de contrats peuvent être conclus avec l'hôpital : le *contrat-médecin out* (A) et le *contrat all in* (B). Si dans les deux cas les règles de la responsabilité sont identiques²⁸⁵, les obligations qu'ils font naître à charge de l'hôpital varient sensiblement²⁸⁶. Nous soulignons également d'emblée que l'hôpital est tenu de respecter les droits du patient²⁸⁷.

²⁸¹ F. MARTY, « Quand les psychologues investissent l'hôpital... », *Le Journal des psychologues*, 2007/9, p. 23.

²⁸² Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018, p. 8.

²⁸³ Précisons toutefois qu'une partie de la doctrine et de la jurisprudence considère que le rapport entre le patient et un hôpital public est un rapport de droit administratif, faisant, dès lors, naître une relation extracontractuelle entre les deux parties ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 28.

²⁸⁴ B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », o.c., p. 196.

²⁸⁵ Voy. *supra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 1^{ère}, §1^{er}.

²⁸⁶ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 23.

²⁸⁷ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 30, al. 1^{er}, M.B., 7 novembre 2008, p. 58624.

A. Le contrat-médecin-out : les soins d'accompagnement et les obligations organisationnelles

Le contrat-médecin-out est un contrat que le patient conclut avec l'hôpital et qui fait naître dans le chef de ce dernier l'obligation d'assurer les soins d'accompagnement (administration des médicaments, réalisation d'examens, *etc.*) ainsi que des obligations sur le plan organisationnel (alimentation, infrastructure médicale adéquate, logement, personnel suffisant et compétent, *etc.*). Pour le reste, les prestations médicales au sens strict font l'objet d'une autre convention conclue directement avec le psychologue clinicien²⁸⁸.

Il incombe par ailleurs à l'hôpital de veiller à la sécurité du patient durant son séjour, obligation particulièrement pertinente en milieu psychiatrique. Il s'agit d'une obligation de moyens visant à éviter qu'un accident ne survienne au patient²⁸⁹, que cet accident soit dû à la maladresse du patient lui-même ou au comportement d'autres patients ou de tiers. S'agissant de malades mentaux, la surveillance devra être renforcée et l'obligation de sécurité sera appréciée avec plus de rigueur, mais en tenant compte des informations dont le personnel disposait au moment de l'accident²⁹⁰.

Dans l'hypothèse d'un contrat-médecin-out, le patient devra être attentif à l'origine de la faute car il ne pourra assigner l'hôpital sur base d'une responsabilité personnelle que s'il peut prouver un manquement sur le plan organisationnel ou dans le cadre des soins d'accompagnement. Si son dommage est exclusivement dû à une faute commise au cours d'une prestation médicale au sens strict, l'hôpital ne pourra en être rendu personnellement responsable.

B. Le contrat *all in* : les prestations médicales

Dans le cadre d'un contrat *all in*, le patient contracte uniquement avec l'hôpital de sorte que ce dernier s'engage, non seulement à exécuter l'ensemble des obligations abordées au paragraphe précédent, mais également à assurer les prestations médicales au sens strict²⁹¹. Dans les faits, ces prestations médicales seront pratiquées par un membre du personnel de l'hôpital.

²⁸⁸ Une telle hypothèse ne sera pas envisageable lorsque le psychologue clinicien se trouve dans un lien de subordination avec l'hôpital ; B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », *o.c.*, p. 194 à 195.

²⁸⁹ Civ. Bruxelles, 21 novembre 1996, *J.L.M.B.*, 1997, p. 1530.

²⁹⁰ G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, pp. 214 à 218.

²⁹¹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 23.

Dès lors, si ce dernier commet une faute, l'on pourra appliquer les règles de la responsabilité contractuelle du fait d'autrui²⁹².

Notons par ailleurs que cette situation n'empêche aucunement le patient d'assigner le psychologue clinicien, membre du personnel de l'hôpital, sur une base extracontractuelle si les conditions en sont réunies²⁹³. Il y aura alors responsabilité *in solidum* de l'hôpital – sur une base contractuelle – et du psychologue clinicien – sur une base extracontractuelle²⁹⁴.

Le patient pourra donc engager la responsabilité de l'hôpital à titre personnel lorsque son dommage découle d'une faute dans l'exécution des obligations organisationnelles ou des obligations relatives aux soins d'accompagnement. Si en revanche la faute est commise durant l'exécution d'un acte médical au sens strict, l'application de la responsabilité du fait d'autrui est de mise. Pour le reste, nous renvoyons le lecteur à ce qui a été analysé auparavant concernant la responsabilité personnelle du psychologue clinicien. En effet, qu'il s'agisse de la responsabilité d'une personne physique ou d'une personne morale, les régimes sont identiques.

§2. La responsabilité de l'hôpital pour le fait d'autrui

L'hôpital peut, dans certains cas, être tenu de réparer le dommage résultant d'un manquement à l'obligation de soins. L'institution n'ayant pas pu poser elle-même l'acte médical et ainsi commettre la faute, on appliquera les règles de la responsabilité du fait d'autrui. Deux situations peuvent se rencontrer ; elles sont examinées aux points A et B du présent paragraphe.

A. La responsabilité contractuelle et extracontractuelle de l'hôpital du fait du psychologue clinicien

La possibilité d'engager la responsabilité contractuelle ou extracontractuelle de l'hôpital pour la faute commise par le psychologue clinicien dépend du statut de ce dernier au sein de l'hôpital, information que le patient a le droit de recevoir de l'hôpital²⁹⁵ (1). Le fait que le psychologue clinicien soit lié par un contrat de travail, un statut ou une convention de

²⁹² Voy. *infra*, §2.

²⁹³ Bruxelles, 20 septembre 2011, *R.G.A.R.*, 2011, n°14876 ; B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », *o.c.*, p. 194.

²⁹⁴ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 135.

²⁹⁵ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 30, al. 3, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

collaboration permettra de déterminer qui, de l'hôpital et/ou du psychologue, il y a lieu d'assigner et sur quelle base (2).

1. Le statut du psychologue clinicien au sein de l'hôpital

Trois types de relation juridique peuvent lier un psychologue clinicien à l'hôpital : le statut, le contrat de travail (a) et la convention de collaboration (b)²⁹⁶. Si les deux premières situations ne présentent pas de difficultés et connaissent des rapprochements en termes de responsabilité, l'accent sera mis sur la question plus délicate de la subordination ou de son absence par rapport à l'hôpital.

a) Le psychologue clinicien : un agent statutaire subordonné ou contractuel

Autrefois qualifié d'organes, les prestataires de soins exerçant sous statut au sein d'une institution publique peuvent, à la lumière de la loi du 10 février 2003, être considérés comme des agents statutaires subordonnés²⁹⁷, tandis que d'autres, regroupés sous le vocable « contractuels », verront leur situation réglée par un contrat de travail. En limitant l'application de la théorie de l'organe aux seules personnes qui expriment la volonté de la puissance publique et qui ont le pouvoir de l'engager vis-à-vis de tiers²⁹⁸, le législateur belge a entendu supprimer les distinctions existantes, en matière de responsabilité, d'une part entre personnel statutaire et contractuel et, d'autre part, entre personne publique et employeur privé²⁹⁹.

Désormais donc, le fait que le psychologue clinicien travaille en qualité de statutaire au sein d'un hôpital public ou de travailleur contractuel du secteur privé ou public n'a aucune incidence pour le patient dans sa quête vers la personne à assigner efficacement³⁰⁰.

b) Le psychologue clinicien : prestataire indépendant ou subordonné

Plus délicate sera la question de l'existence ou non d'un lien de subordination entre le psychologue clinicien et l'hôpital. La plus ou moins grande indépendance du psychologue

²⁹⁶ Ainsi, une rapide recherche sur le site internet de la Clinique Saint Jean de Bruxelles laisse apparaître que les psychologues qui y travaillent sont liés soit par un contrat de travail, soit par une convention d'indépendant : voy. Clinique Saint Jean, « Droits du patient et médiation », voy. <https://www.clstjean.be/droits-du-patient-et-mediation> (dernière consultation le 2 août 2018).

²⁹⁷ B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT., B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, o.c., p. 858.

²⁹⁸ B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », o.c., p. 208.

²⁹⁹ Projet de loi relative à la responsabilité des et pour les membres du personnel au service des personnes publiques, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1736/001, p. 4.

³⁰⁰ Sous la réserve de la tendance doctrinale et jurisprudentielle selon laquelle aucune relation contractuelle ne peut être établie entre le patient et un hôpital public, voy. *supra*.

clinicien aura en effet un impact sur la possibilité d'assigner l'hôpital en réparation du dommage.

Cette indépendance du prestataire de soins de santé mentale ne doit pas être confondue avec la liberté diagnostique et thérapeutique qui lui est légalement reconnue depuis 2016³⁰¹, laquelle n'a aucune incidence sur le rapport juridique liant psychologue clinicien et hôpital. À cet égard, la Cour de cassation se montre univoque depuis plusieurs décennies : l'indépendance du médecin ou du pharmacien n'exclut pas l'existence d'un lien de préposition³⁰². Rien n'indique qu'il n'en irait pas de même s'agissant du psychologue clinicien, alors même que l'hôpital ne dispose ni des connaissances, ni des aptitudes techniques du professionnel de la santé³⁰³.

Ainsi, il y a lieu de toujours examiner la situation de fait, si bien qu'aucune règle générale ne peut être formulée³⁰⁴. En effet, même si la conclusion d'un contrat de travail rend l'existence d'un lien de subordination moins contestable³⁰⁵, il y a lieu de ne pas s'arrêter à la qualification que les parties ont donnée à leur contrat, qu'il s'agisse d'un contrat de travail ou d'une convention de collaboration. L'obligation de respecter un horaire, la détermination de la rémunération, les directives quant à l'organisation du travail ou la limitation dans le choix des patients sont autant d'éléments qui, sans être décisifs, permettent d'affirmer ou d'exclure la relation de subordination³⁰⁶.

Enfin, précisons qu'à l'issue de l'examen des circonstances de fait, il peut apparaître que ce n'est pas l'hôpital qui doit recevoir la qualité de commettant du psychologue clinicien, mais le chef du service au sein duquel le psychologue exerce. Cette situation semble être envisagée par le Conseil national des Etablissements hospitaliers dans son avis relatif à la fonction psychologique³⁰⁷.

³⁰¹ Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 2, section 1^{ère}, §3.

³⁰² Cass., 22 février 1968, *Pas.*, 1968, I, p. 777 ; Cass., 16 octobre 1972, *Pas.*, 1973, I, p. 165 ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 123.

³⁰³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, o.c., p. 403.

³⁰⁴ Liège, 28 mai 1998, *J.L.M.B.*, 1999, p. 268.

³⁰⁵ B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT., B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, o.c., p. 856.

³⁰⁶ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 126.

³⁰⁷ Conseil national des Etablissements hospitaliers, *Avis concernant la fonction psychologique à l'hôpital général et psychiatrique*, Bruxelles, 13 novembre 2003, CNEH/D/PSY/228-2, p. 5.

2. Incidence du statut sur l'obligation de réparer le dommage

La détermination du statut du psychologue clinicien permet au patient et à son conseil de savoir qui assigner utilement en vue de la réparation du dommage subi à l'occasion de l'obligation de soins.

a) La responsabilité contractuelle du fait d'autrui

Ainsi, si au vu de l'évaluation concrète de la situation, aucun lien de subordination n'apparaît établi entre l'hôpital et le psychologue clinicien, la personne morale ne pourra être tenue de réparer le dommage du patient, en qualité de commettant.³⁰⁸

La seule voie qui s'ouvrira à la victime, pour assigner ce garant *a priori* plus solvable est de nature contractuelle, mais encore faut-il qu'un contrat *all in* se soit noué entre les deux parties³⁰⁹. Certes, l'obligation de soins est alors exécutée par le psychologue clinicien, mais c'est l'hôpital qui en est le débiteur. La faute du prestataire – agent d'exécution du débiteur – entraînant un manquement au contrat *all in*, l'hôpital pourra *in fine* être condamné pour inexécution contractuelle³¹⁰. En revanche, si aucun contrat portant sur l'obligation de soins n'a été conclu avec l'hôpital, la victime ne pourra s'adresser qu'au seul psychologue clinicien indépendant pour prétendre à une indemnisation³¹¹.

La responsabilité de l'hôpital pour le fait d'autrui sera également contractuelle, toujours en présence d'un contrat *all in*, lorsque le psychologue clinicien est sous un lien de subordination à l'égard de l'institution de soins. Du reste, l'on admet que ce dernier agit au nom et pour le compte de l'hôpital et ne peut, dès lors, pas contracter avec le patient³¹².

b) La responsabilité extracontractuelle du fait d'autrui

La responsabilité extracontractuelle du fait d'autrui, dans notre contexte, trouve son fondement tantôt dans l'article 1384, alinéa 3 du Code civil (psychologue préposé), tantôt dans l'article 3 de la loi du 10 février 2003 (psychologue statutaire). Les deux situations sont identiques et supposent soit qu'aucun contrat n'ait été conclu avec l'hôpital, soit que les

³⁰⁸ B. DUBUISSON, V. CALLEWAERT., B. DE CONINCK et G. GATHEM, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, o.c., p. 856.

³⁰⁹ Voy. *supra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 2, §1^{er}, B.

³¹⁰ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, o.c., p. 135 à 136.

³¹¹ Sur la responsabilité du psychologue clinicien, voy. *supra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 1^{ère}.

³¹² B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », o.c., p. 194.

conditions du concours de responsabilités soient réunies³¹³. Quant aux conditions d'application du régime de responsabilité, il est renvoyé à ce qui a été évoqué auparavant³¹⁴.

Précisons, pour terminer, que ce régime particulier de responsabilité du fait d'autrui n'exclut pas la possibilité d'engager la responsabilité du psychologue clinicien à titre personnel. Seulement, qu'il soit préposé ou statutaire, celui-ci bénéficie désormais de la même protection et pourra uniquement être rendu responsable de son dol, sa faute lourde ou sa faute légère à caractère habituel³¹⁵.

La présence de l'hôpital en tant que défendeur principal paraît « attrayante » pour la victime parce qu'il constitue *a priori* un débiteur plus solvable que le psychologue clinicien lui-même³¹⁶. Toutefois, nombreux sont les obstacles qui jalonnent le chemin vers l'indemnisation. À la tâche ardue de démontrer l'existence d'une faute en lien causal avec le dommage, s'ajoute la nécessité de s'immiscer dans les relations entre le psychologue et l'hôpital. Certes l'hôpital est tenu de communiquer ces informations à la demande du patient, mais l'on ne peut jamais se départir d'une analyse *in concreto* de la situation. Le débat est ainsi placé, non pas sur la situation du patient, mais sur une relation strictement personnelle à l'hôpital et au psychologue, à laquelle le patient est totalement étranger et dont il n'avait probablement cure, au moment des faits.

B. La responsabilité centrale de l'hôpital

Pour améliorer quelque peu la situation du patient victime, il existe un régime de responsabilité qui transcendent toutes les questions vues précédemment³¹⁷. En effet, aux termes de la loi coordonnée sur les hôpitaux, l'institution de soins est tenue de s'assurer que le psychologue clinicien indépendant qui travaille en son sein respecte les droits du patient. Il s'agit là d'une obligation de moyens³¹⁸. À défaut, l'hôpital répondra des manquements du

³¹³ *Ibid.*, p. 208.

³¹⁴ Voy. *supra*, titre 2, chapitre 1^{er}, section 1^{ère}, §2.

³¹⁵ Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, art. 18, *M.B.*, 22 août 1978, p. 9277 ; Loi du 10 février 2003 relative à la responsabilité des et pour les membres du personnel au service des personnes publiques, art. 2, *M.B.*, 27 février 2003, p. 9558. Le prestataire indépendant répond, lui, de sa faute la plus légère.

³¹⁶ Car même si ce dernier est déontologiquement tenu d'être couvert par une assurance en responsabilité civile, il se peut que le montant du dommage excède le montant assuré ou que le cas d'espèce soit exclu de la police d'assurance ; B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », *o.c.*, p. 226.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 216.

³¹⁸ S. CALLENS, « Aansprakelijkheid van het ziekenhuis », *T. Gez.*, 2003, p. 125.

praticien professionnel et ce quelle que soit la relation juridique qui les unit³¹⁹. Cette responsabilité centrale de l'hôpital offre au patient un débiteur supplémentaire en cas d'indépendance du psychologue clinicien, permet de contourner la délicate question du lien de subordination entre praticien et hôpital et de faire l'économie d'une discussion quant à l'existence ou non d'un contrat hospitalier.

Si cette disposition offre au seul patient le bénéfice d'une action directe contre l'hôpital³²⁰, elle ne l'exonère toutefois pas de la nécessité de réunir la preuve des trois éléments classiques de la responsabilité civile. Par ailleurs, l'hôpital est habilité à y échapper en indiquant au patient, explicitement et préalablement à l'intervention du psychologue clinicien, qu'il n'en est pas responsable, dès lors qu'aucun contrat de travail ni aucun statut ne les unit³²¹. Se pose toutefois la question de l'acceptation de cette clause exonératoire par le patient et de la distinction que cette disposition opère entre le patient ayant souhaité s'enquérir de la situation du praticien au sein de l'hôpital et celui n'ayant pas réclamé ces informations. En effet, le renvoi opéré par le texte à l'alinéa 3 laisse à penser que l'hôpital ne pourrait s'exonérer qu'à l'égard du premier, non du second, ce qui pose une nouvelle fois question³²²...

Toujours est-il qu'il y a lieu de ne pas négliger cette possibilité d'action supplémentaire, compte tenu de son large champ d'application.

§3. La responsabilité de l'hôpital du fait des choses

Pour terminer cette analyse des différents recours s'ouvrant au patient victime d'un dommage, il est à noter qu'un régime, développé par la doctrine et la jurisprudence, offre l'avantage d'éviter les discussions, parfois difficiles, quant à l'éventuelle faute commise par le psychologue clinicien. Il s'agit du recours offert à la victime d'un dommage causé par une chose viciée³²³, qui induit une présomption de responsabilité irréfragable. L'idée n'est pas ici d'analyser en profondeur ce régime particulier de responsabilité sans faute, auquel on pourrait consacrer un travail entier. Précisons toutefois que l'hôpital sera plus fréquemment amené à

³¹⁹ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 30, al. 1^{er} et 4, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

³²⁰ H. DE RODE et J.-P. PAULUS, « Responsabilité médicale : questions incontournables », *Con. M.*, 2017, p. 185.

³²¹ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 30, al. 4, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

³²² Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant l'article 17novies de la loi sur les hôpitaux*, 20 janvier 2006, CFDP/17 NOVIES/2, pp. 6 à 7.

³²³ C. civ., art. 1384, al. 1^{er}; G. GENICOT, « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *o.c.*, p. 235.

répondre des choses qu'il a sous sa garde par rapport au psychologue clinicien qui, comme déjà indiqué, n'utilise que rarement du matériel spécifique dans le cadre de ses thérapies et ce même si la présomption n'est pas limitée au matériel médical *sensu stricto* mais peut, par exemple, concerner un lit, un escalier ou encore une porte viciée³²⁴.

L'application de l'article 1384, alinéa 1^{er} en matière médicale demeure toutefois controversée, compte tenu de la nature souvent contractuelle de la relation et du caractère extracontractuel de la présomption de responsabilité. La règle du concours de responsabilités ne sera, par ailleurs, d'aucune utilité dès lors qu'il n'est, ici, aucunement question d'une faute³²⁵. Pour contourner cette difficulté, il arrive que la jurisprudence retienne une faute dans le chef du médecin ou de l'hôpital dans le choix ou le contrôle de la chose défectueuse, ce qui permet alors au juge d'indemniser sur la base de l'article 1382 du Code civil. Jurisprudence et doctrine ont également fait œuvre créatrice en reconnaissant l'existence d'une obligation de sécurité dans certains contrats pour « *garantir le créancier des risques qui menacent son intégrité physique* »³²⁶.

La voie judiciaire qu'emprunte parfois le patient, soucieux d'obtenir réparation pour le dommage qu'il a subi et surtout désireux d'être reconnu dans sa qualité de victime, s'apparente parfois à un parcours du combattant, un chemin long et sinueux, jonché d'obstacles que la victime, déjà affaiblie, devra parcourir avec détermination. Quand les discussions ne s'éternisent pas autour de la prétendue faute du prestataire de soins, c'est la question du lien entre lui et un éventuel commettant (mais lequel ?) ou de l'existence d'un vice caractérisant la chose qui tourmentent les esprits, avec comme témoin de cette bataille intellectuelle, le patient. Face à lui, on retrouve également le prestataire de soins, parfois qualifié de « seconde victime » car ce sont ses compétences qui sont ici mises en cause avec le risque de voir sa réputation quelque peu ébranlée³²⁷.

Si ces considérations mériteraient sans doute une certaine simplification, l'on peut estimer qu'il s'agit également de garde-fous face à l'augmentation du nombre de plaintes de patients.

³²⁴ *Ibid.*, p. 238.

³²⁵ B. FOSSÉPREZ et A. PÜTZ, « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », *o.c.*, p. 218.

³²⁶ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité des professionnels de la santé*, *o.c.*, p. 155.

³²⁷ S. EL BANNA, J.-P. BEAUTHIER, A. CATANO et L. BISSEN, « La responsabilité des professionnels dans le secteur des soins de santé. Une vision de la procédure par le thérapeute, ou l'envers du décor », *o.c.*, p. 122.

Comme corollaire de cette évolution, l'on observe une augmentation inévitable des primes d'assurance, mais également une perte de confiance dans la relation thérapeutique, avec le souci de plus en plus grandissant des praticiens professionnels d'éviter, non pas le risque thérapeutique, mais bien le risque de procès³²⁸. Or, il ne s'agit pas de jeter l'opprobre sur un professionnel de la santé, mais de faire en sorte qu'une personne qui se trouve dans une situation moins avantageuse que celle qui était sienne auparavant, puisse, le plus possible, retrouver sa vie d'avant.

CHAPITRE 2. LES SOLUTIONS EXTRAJUDICIAIRES

Les solutions extrajudiciaires sont destinées à apporter un élément de réponse au souci d'éviter le débat judiciaire, éminemment conflictuel. Il s'agit de voies au travers desquelles on va tenter non pas d'incriminer un professionnel ou une institution, mais de s'attarder sur la situation du patient afin d'y apporter l'amélioration qu'il attend.

Si la première option qui sera présentée (section 1^{ère}) n'a pas pour but exclusif l'obtention d'un dédommagement financier, mais peut aussi aboutir à la simple formulation d'excuses ou une reconnaissance des manquements par le praticien professionnel³²⁹, nous verrons que la seconde (section 2), outre sa fonction de règlement amiable des litiges, offre également un moyen d'obtenir l'indemnisation des accidents médicaux.

Section 1^{ère}. La médiation dans les soins de santé

§1^{er}. Principes

Au premier rang de ces autres solutions, figure, depuis le 1^{er} septembre 2016, la possibilité pour le patient d'un psychologue clinicien qui estime que ses droits n'ont pas été respectés, de déposer une plainte auprès de la fonction de médiation compétente³³⁰. Encore une fois, il faudra s'interroger sur le contexte de la relation thérapeutique afin de déterminer le service de médiation auprès duquel la plainte peut être déposée. Il est en effet prévu que chaque hôpital doit, pour être agréé, disposer d'un service de médiation auquel chaque patient pris en charge

³²⁸ *Ibid.*, p. 123.

³²⁹ G. SCHAMPS, « La médiation « droits du patient » dans la relation entre le psychologue clinicien et le patient » in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, p. 311.

³³⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 11, §1^{er}, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

par un psychologue clinicien travaillant en hôpital peut s'adresser³³¹. Particularité pour le secteur de la santé mentale, divers services psychiatriques et institutions ont la possibilité de s'associer en vue de la formation d'une plate-forme de concertation, laquelle doit, à l'instar des hôpitaux, disposer d'une fonction de médiation³³² dotée donc de médiateurs externes à l'institution³³³, ce qui garantit un peu plus l'indépendance du médiateur³³⁴. Enfin, à côté de ces services de médiation locaux, un service de médiation institué auprès de la Commission fédérale « Droits du patient » intervient dans tous les autres cas et, notamment, lorsque le patient s'adresse à un psychologue exerçant en cabinet privé³³⁵.

Partie intégrante des droits du patient, le droit de plainte est individuel et exercé par le patient lui-même, sous réserve des hypothèses d'incapacité déjà rencontrées auparavant³³⁶. Une différence est toutefois prévue par rapport à l'exercice des autres droits du patient lorsque ce dernier est une personne majeure incapable : l'ordre du système de représentation en cascade ne doit, cette fois, plus être respecté, à l'exception du frère ou de la sœur majeurs du patient³³⁷.

La plainte doit nécessairement porter sur le non-respect d'un droit du patient – dont notamment le droit à des prestations de qualité pouvant aboutir à la reconnaissance d'une faute médicale – par l'un des praticiens professionnels visés par la loi coordonnée du 10 avril 2015, ce qui ouvre la voie de la médiation au patient du psychologue clinicien. D'autres aspects tels des griefs

³³¹ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 71, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

³³² Le patient traité dans un service psychiatrique d'un hôpital général, un hôpital psychiatrique ou encore un centre de soins de santé mentale pourra ainsi déposer sa plainte auprès du service de médiation de la plate-forme. Néanmoins, pour compliquer un peu plus le système, les hôpitaux psychiatriques ont toujours la possibilité de créer un service de médiation propre à l'hôpital ; A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, art. 1, 1° ; 8, §3 et art. 11, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14707.

³³³ M.-F. MEURISSE, « La médiation en santé mentale dans une perspective systémique », voy. <http://www.mediateurs-amis.be/documents/> (dernière consultation le 5 août 2018).

³³⁴ Commission fédérale « Droits du patient », *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, 10 juin 2011, CFDP/VH/RE/2011/2, p. 8.

³³⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 16, §3, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719 ; A. LUST et T. VANSWEEVELT, « Hoofdstuck VIII. Klachtrecht en ombudsfunctie », in *Handboek Gezondheidsrecht*, v. II, *Rechten van patiënten : van embryo tot lijk* (sous la dir. de T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS), Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2014, p. 710.

³³⁶ Voy. *supra*, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, section 2, §3.

³³⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §5, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719 ; A.R. du 15 février 2007 portant fixation d'un régime dérogatoire en matière de représentation du patient dans le cadre de l'exercice du droit de plainte visé à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 1^{er}, *M.B.*, 20 mars 2007, p. 15169.

quant à l'organisation de l'institution de soins n'entrent pas dans le champ de compétence du médiateur en soins de santé³³⁸.

§2. Rôle et avantages de la médiation

Les missions de la médiation sont inscrites à l'article 11, paragraphe 2 de la loi relative aux droits du patient. Sans avoir pour but exclusif la résolution des conflits, le médiateur se voit notamment confier la tâche de prévenir les questions et les plaintes, en mettant l'accent sur la communication et le dialogue entre le psychologue clinicien et le patient. Ainsi, en cas de différend, il les invitera d'abord à tenter de trouver une solution par eux-mêmes et n'interviendra, en principe, que si aucune solution n'a pu être trouvée³³⁹. Si le dialogue entre le patient et son prestataire de soins s'avère infructueux, il endosse alors véritablement son rôle de médiateur neutre et impartial entre les deux parties³⁴⁰.

En partie destinée à éviter une procédure judiciaire, la médiation en soins de santé peut néanmoins y être préalable, voire même se dérouler en marge d'un procès. Preuve de cela, le médiateur reçoit la mission supplémentaire d'informer le patient sur les autres possibilités de règlement du conflit, notamment la possibilité d'introduire une demande devant le Fonds des accidents médicaux ou une procédure judiciaire. Le patient ou son conseil devront toutefois être attentif à l'absence, en cas de médiation, de suspension du délai de prescription de l'action³⁴¹.

La médiation est de nature à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, à la fois de manière individuelle par la promotion du dialogue entre les personnes concernées et le rétablissement du lien de confiance³⁴², mais aussi d'un point de vue collectif. Témoin des mécontentements des patients, le médiateur est bien placé pour formuler des recommandations auprès du personnel de l'institution à laquelle il est rattaché et aux autorités compétentes et ce afin d'éviter, dans l'avenir, d'autres manquements³⁴³.

³³⁸ A. LUST et T. VANSWEEVELT, « Hoofdstuck VIII. Klachtrecht en ombudsfunctie », o.c., p. 716.

³³⁹ G. SCHAMPS, « La médiation « droits du patient » dans la relation entre le psychologue clinicien et le patient », o.c., pp. 310 à 312.

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 313.

³⁴¹ M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé. Un droit du patient institué par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », in *Une autre justice possible ? La médiation dans tous ses états* (sous la dir. de T. MARCHANDISE), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 275 à 276.

³⁴² Et l'on sait que la confiance entre le patient et son thérapeute est un élément essentiel vers une meilleure prise en charge du patient, spécialement en soins de santé mentale ; Voy. interview de Madame Emmanuelle ZECH en annexe.

³⁴³ M.-N. DERÈSE, « La médiation dans les soins de santé. Un droit du patient institué par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », o.c., p. 277.

La médiation peut également être source d'une « *satisfaction émotionnelle* » lorsque survient une tension entre un patient et son thérapeute. Par ailleurs, son extension au psychologue clinicien constitue un point d'amélioration important et permet une médiation plus accessible et efficace, dans un secteur où, auparavant, de nombreux patients échappaient à cette possibilité de faire entendre leur voix³⁴⁴.

§3. Difficultés de la médiation

Si la médiation constitue un outil intéressant pour lutter contre la multiplication des procédures judiciaires, il s'agit néanmoins d'une alternative encore trop méconnue par les patients et les praticiens professionnels³⁴⁵. Or, de la visibilité et de l'efficacité de la médiation peut également dépendre la connaissance, par le patient, de l'ensemble de ses autres droits.

Une source d'obscurité du droit à la médiation réside dans la complexité du système, particulièrement en matière de soins de santé mentale. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux ainsi que les hôpitaux psychiatriques disposent en effet de trois possibilités en matière de médiation : posséder une fonction de médiation propre (1) ou commune à d'autres établissements (2) ou faire appel au médiateur de la plate-forme de concertation (3). Parallèlement à cela, certains hôpitaux ont souhaité maintenir la procédure interne de traitement des plaintes qu'ils avaient mis en œuvre préalablement à la loi du 22 août 2002³⁴⁶. L'ensemble de ces considérations peut, on l'imagine, prêter à confusion pour un patient probablement déjà préoccupé par son état de santé. Pour tenter de résoudre quelque peu le problème, la Commission fédérale « Droits du patient » propose la création d'un système de médiation unique dans le secteur de la santé mentale³⁴⁷. Ce système unique pourrait même, à notre sens, être étendu à l'ensemble des soins de santé afin de faciliter encore plus la compréhension du système par le patient confronté à des problèmes de santé multiples.

La nécessité de réformer le système de la médiation « droits du patient » résulte par ailleurs du manque de formation et de la fragile indépendance des médiateurs locaux, eu égard à leur

³⁴⁴ Commission fédérale « Droits du patient », *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, 10 juin 2011, CFDP/VH/RE/2011/2, p. 8 et 9.

³⁴⁵ Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, avril 2010, p. 27 ; Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant la visibilité et l'accessibilité des services de médiation dans les hôpitaux*, Bruxelles, 15 décembre 2011.

³⁴⁶ Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, o.c., p. 24.

³⁴⁷ Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant la visibilité et l'accessibilité des services de médiation dans les hôpitaux*, Bruxelles, 15 décembre 2011, p. 8.

rapport juridique avec l'hôpital, ce qui n'est pas de nature à renforcer la confiance du patient face à ce professionnel censé être neutre³⁴⁸. Cette difficulté semble toutefois moins présente dans le secteur des soins de santé mentale³⁴⁹. Par ailleurs, une meilleure formation des médiateurs renforcerait l'efficacité et l'uniformité de la médiation et ainsi peut-être son attrait aux yeux des patients.

Section 2. Le Fonds des accidents médicaux

§1^{er}. Principes

La loi du 4 avril 2014 a pour conséquences supplémentaire l'extension du champ d'application de la loi du 31 mars 2010 aux psychologues cliniciens³⁵⁰. Le patient du psychologue peut donc désormais s'adresser au Fonds des accidents médicaux pour tenter d'obtenir l'indemnisation de son dommage en évitant de longues années de procédure judiciaire.

Deux types de dommages sont pris en charge par le Fonds et ce, que le patient traité par un prestataire indépendant ou une institution de soins de santé³⁵¹ : le dommage résultant d'un accident médical sans responsabilité (1) et celui engageant la responsabilité du prestataire de soins (2). Il convient toutefois de vérifier que le dommage est bien lié à une prestation de soins de santé. À défaut, le patient est renvoyé vers le droit commun³⁵².

La première hypothèse tend à éviter à la victime la nécessité de prouver une faute dans le chef d'un prestataire de soins en lui permettant d'être indemnisée, même si son dommage n'est pas de nature à engager la responsabilité du prestataire et pour autant qu'il s'agisse d'un dommage

³⁴⁸ Un document intéressant souligne néanmoins que cette neutralité du médiateur doit être nuancée et que son action serait plus efficace s'il faisait appel à une « *neutralité multipartiale* » par le biais d'alliances non seulement avec le patient, mais également avec le prestataire de soins. Il renforcerait ainsi sa position dans les deux « camps » de manière à faciliter le dialogue avec et entre chacune des parties ; voy. MEURISSE M.-F., « La médiation en santé mentale dans une perspective systémique », *o.c.*

³⁴⁹ Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant la visibilité et l'accessibilité des services de médiation dans les hôpitaux*, Bruxelles, 15 décembre 2011, p. 6 ;

³⁵⁰ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, art. 2, 2°, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

³⁵¹ Il n'est plus question, à ce stade, de savoir si le patient a conclu directement avec le prestataire de soins ou avec l'hôpital ; voy. *supra*.

³⁵² Il en va par exemple ainsi lorsque le psychologue clinicien refuse de donner au patient l'accès à son dossier de santé car le dommage qui en résulterait n'est pas lié à une prestation de soins de santé ; S. LIERMAN, « Vergoedingsvoorwaarden van het Fonds voor Medische Ongevallen », in *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen. Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (sous la dir. de I. BOONE et S. LIERMAN), Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2011, p. 43 ; G. SCHAMPS « Le Fonds des accidents médicaux et les interventions du psychologue clinicien », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, p. 340.

*anormal*³⁵³. Ce dernier doit toutefois présenter une certaine gravité, telle que définie par l'article 5 de la loi. Par ailleurs, la définition et les indicateurs de l'accident médical sans responsabilité restreignent encore un peu plus les possibilités d'indemnisation. Ne constitue ainsi pas un dommage indemnisable celui qui est la conséquence d'une erreur non fautive de diagnostic, de l'état du patient ou de sa pathologie d'origine ou d'un échec thérapeutique. Le dommage anormal doit encore être évitable³⁵⁴ et/ou n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible³⁵⁵.

Le Fonds des accidents médicaux intervient également lorsqu'il est d'avis que le demandeur est victime d'un fait engageant la responsabilité du psychologue clinicien, sans que l'on ait à se demander s'il s'agit d'une responsabilité contractuelle ou extracontractuelle, personnelle, du fait d'autrui ou du fait des choses³⁵⁶. Cette seconde hypothèse d'intervention ne donnera toutefois lieu à indemnisation par le Fonds que si, après avoir été sollicité, l'assureur du praticien conteste la responsabilité ou ne réagit pas et, à nouveau, pour autant que le dommage revête une certaine gravité³⁵⁷. Cette condition de gravité ne sera, en revanche, pas requise lorsque le dommage n'est pas entièrement pris en charge ou est exclu de la couverture d'assurance ou en cas d'offre manifestement insuffisante de la part de l'assureur³⁵⁸. Dans toutes ces hypothèses d'intervention, le Fonds des accidents médicaux est subrogé dans les droits de la victime³⁵⁹.

§2. Rôle et avantages du Fonds des accidents médicaux

Le Fonds des accidents médicaux est donc chargé « d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit »³⁶⁰, que ce soit par le biais de la solidarité nationale ou en sollicitant l'intervention d'un assureur couvrant la responsabilité d'un prestataire de soins. Dans ce cadre, il est chargé d'évaluer les circonstances

³⁵³ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, art. 2, 7°, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

³⁵⁴ Quatre conditions cumulatives doivent en outre être remplies pour pouvoir parler d'un dommage évitable.

³⁵⁵ S. TACK, "Le Fonds des Accidents Médicaux explique les notions de « dommage anormal » et d'« AMSR »", *Rev. dr. santé*, 2016, p. 4.

³⁵⁶ G. SCHAMPS « Le Fonds des accidents médicaux et les interventions du psychologue clinicien », *o.c.*, p. 336.

³⁵⁷ Si l'assureur ne donne aucune suite à la demande d'indemnisation dans un certain délai, il est présumé contester la responsabilité ; loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, art. 4, 3° et 32, al. 3, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

³⁵⁸ *Ibid.*, art. 4, 2° et 3°.

³⁵⁹ *Ibid.*, art. 28, 30, 31 et 32.

³⁶⁰ *Ibid.*, art. 8, §1^{er}, al. 1^{er}.

de l'accident, la gravité du dommage et, le cas, échéant, le montant de l'indemnisation proposé par l'assureur³⁶¹. La victime n'a, elle, plus à se soucier du débiteur final de l'indemnisation.

L'établissement et la publication des rapports annuels d'activité permet au Fonds de jouer un second rôle, cette fois-ci de prévention³⁶². Il fait, en effet, partie de ces institutions qui, à l'instar de la Commission fédérale « Droits du patient » en matière de médiation, ont la possibilité de porter un regard englobant sur les préoccupations des patients et les situations potentiellement conflictuelles et, ainsi, émettre des recommandations destinées au monde professionnel et aux autorités afin de prévenir ces situations. Pour l'heure, des statistiques plus précises sont encore attendues³⁶³.

D'un point de vue plus individuel, le Fonds des accidents médicaux présente l'avantage d'une procédure simplifiée et essentiellement tournée vers la victime. Celle-ci n'a qu'une demande à formuler auprès du Fonds et la démarche proactive de ce dernier épargnera la victime des difficultés probatoires qu'elle rencontrerait dans le cadre d'une procédure judiciaire³⁶⁴. L'alternative offre également un gain de temps et d'argent, dès lors qu'il s'agit d'une procédure entièrement gratuite pour la victime et que des délais de procédure assez courts sont établis par la loi, garantissant l'accessibilité de ce mode de règlement amiable des litiges.

L'économie induite par cette alternative aux procédures judiciaires peut également apparaître d'un autre point de vue. Le législateur espérait, en effet, en incitant la victime à ne pas intenter de procès contre les prestataires de soins, une stabilisation des primes d'assurance à charge de ces derniers. Cet effet de la loi du 31 mars 2010 doit, toutefois, encore être démontré³⁶⁵.

§3. Difficultés du Fonds des accidents médicaux

L'indemnisation des accidents médicaux telle qu'organisée par la loi du 31 mars 2010 présente toutefois quelques lacunes et certains des objectifs poursuivis se font encore désirer.

L'on est ainsi en droit de se demander si la situation de la victime s'en trouve réellement améliorée. Certes, celle-ci est déchargée de la lourde tâche consistant à prouver la faute du

³⁶¹ G. SCHAMPS « Le Fonds des accidents médicaux et les interventions du psychologue clinicien », *o.c.*, p. 324.

³⁶² Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, 8, §2, 3°, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

³⁶³ G. SCHAMPS « Le Fonds des accidents médicaux et les interventions du psychologue clinicien », *o.c.*, p. 328.

³⁶⁴ S. LIERMAN, « Vergoedingsvoorwaarden van het Fonds voor Medische Ongevallen », *o.c.*, p. 59.

³⁶⁵ G. SCHAMPS « Le Fonds des accidents médicaux et les interventions du psychologue clinicien », *o.c.*, p. 326.

psychologue clinicien, mais la charge de la preuve du lien causal entre le dommage et une prestation de soins de santé demeure sur ses épaules. Il n'y a, ici, aucun assouplissement³⁶⁶.

Par ailleurs, la restriction des situations d'intervention, compte tenu, notamment, des notions d'accident médical sans responsabilité et de dommage anormal et eu égard à la condition de gravité, induit une nomenclature limitative des dommages réparables, alors qu'en droit commun, tous les dommages sont indemnisables. Ainsi, les critères de gravité du dommage sont tels que l'on peut se demander si le patient du psychologue clinicien qui subit un dommage moral a un réel intérêt à s'adresser au Fonds. Un dommage moral atteint-il le seuil de gravité requis ? À défaut, la victime aura intérêt, malgré toutes les difficultés, à se tourner vers les cours et tribunaux.

En effet, même si le législateur souhaitait inciter le recours à la voie amiable, la victime peut toujours se tourner vers une procédure judiciaire, si, par exemple, elle n'est pas satisfaite de l'avis émis par le Fonds³⁶⁷. Il semble, d'ailleurs, que la création du Fonds des accidents médicaux n'a eu aucun impact sur le nombre de procédures judiciaires en responsabilité médicale³⁶⁸. Les procès intentés par les patients ou leurs ayants droit seront peut-être moins fréquents. Cependant, le problème se reporte ailleurs car le Fonds, subrogé dans leurs droits, prendra la relève pour tenter d'obtenir remboursement, n'épargnant dès lors pas le prestataire de soins toujours susceptible d'être condamné au paiement de sommes, parfois importantes, à titre de réparation³⁶⁹.

Enfin, né avec un retard à rattraper, le Fonds des accidents médicaux ne parvient pas encore à respecter les délais de traitement prévus par la loi de 2010, laissant ainsi l'objectif de rapidité de la procédure sur le carreau³⁷⁰.

³⁶⁶ *Ibid.*, p. 330.

³⁶⁷ L'action civile ne peut toutefois pas être menée en parallèle de la procédure devant le Fonds, au contraire de l'action pénale.

³⁶⁸ R. HEYLEN, « Le FAM – Quo vadis ? », *Rev. dr. santé*, 2017, p. 232.

³⁶⁹ *Ibid.*

³⁷⁰ *Ibid.*, p. 233.

CONCLUSION

En adoptant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale, le législateur belge a souhaité promouvoir la santé mentale par le biais d'une prise en charge des patients de meilleure qualité, mettant fin à plus de vingt ans de revendications. Pour le législateur, l'amélioration des soins de santé mentale devait passer par une réorganisation du secteur, de manière à le rendre plus « attrayant » pour le patient. Il est ainsi décidé de reconnaître la psychologie clinique comme une profession des soins de santé³⁷¹. Deux conséquences en ressortent.

D'une part, le psychologue clinicien est inscrit, au même titre que le médecin, dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Désormais, n'est pas psychologue clinicien qui veut car l'exercice de la profession est ainsi soumis à diverses conditions de formation. Le professionnel doit par ailleurs être attentif à ses nouveaux devoirs, tels le devoir de réorientation ou de continuité des soins. En parallèle, une autonomie et une liberté diagnostique et thérapeutique lui sont expressément accordées. Ce faisant, la volonté du législateur consistait à rendre le secteur de la santé mentale plus lisible pour le patient en lui offrant la garantie de ne pas tomber entre les mains d'un charlatan³⁷².

Ce premier effet de la loi induit la seconde conséquence : l'extension du champ d'application des lois relative aux droits du patient et à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé à la relation psychologue clinicien – patient. La position du patient face à son prestataire de soins est ainsi nettement renforcée.

Si les intentions du législateur sont éminemment louables, demeure la problématique de la mise en application de la loi. Ses dispositions sont, en effet, larges et un renvoi fréquent au pouvoir réglementaire du Roi est opéré. Si bien que presque deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, de nombreuses interrogations subsistent. Ce n'est pas encore l'heure du soulagement pour les professionnels de la santé mentale³⁷³. À titre illustratif, nous évoquons la proposition de remboursement des soins psychologiques.

Suite attendue de la réglementation de la profession de psychologue clinicien, la ministre Maggie DE BLOCK a récemment annoncé l'entrée en vigueur à l'automne 2018 du

³⁷¹ Proposition de loi réglementant 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001, pp. 4 à 7.

³⁷² *Ibid.*, p. 5.

³⁷³ Voy. interview de Madame Emmanuelle Zech en annexe.

remboursement des soins psychologiques. Celui-ci est cependant uniquement prévu pour les affections très courantes et les traitements de courte durée³⁷⁴. Plusieurs éléments préoccupent les associations de professionnels qui voient, dans cette proposition, un risque de neutralisation des droits acquis.

Tout d'abord, d'un point de vue financier, le projet de remboursement impose aux psychologues cliniciens un montant fixe de leurs honoraires s'élevant à 45 euros. Or, à l'heure actuelle, le tarif par séance est généralement plus élevé. Les associations y voient un risque de découragement des professionnels à travailler en cabinet, diminuant ainsi l'offre de soins pour les patients³⁷⁵.

Plus fondamentalement, le projet interpelle en ce qu'il conditionne le remboursement des prestations psychologiques à l'envoi du patient par un médecin généraliste ou un psychiatre. Il s'agit là d'une barrière supplémentaire pour le patient qui devra non pas se confier à une personne, mais bien à deux. En outre, de l'aveu du législateur, « *nombreux sont ceux [les patients] qui, tout en refusant d'aller consulter leur médecin généraliste ou un médecin psychiatre par crainte d'une prescription quasiment automatique d'un traitement médicamenteux ou pour préserver un espace intime, hésitent néanmoins à se tourner vers d'autres professionnels [...] de peur de tomber entre les mains d'un charlatan* »³⁷⁶. Cette contradiction entre la volonté du législateur et l'application qu'en fait le pouvoir exécutif, se double d'une mise à néant de l'autonomie des psychologues cliniciens, pourtant proclamée par la loi³⁷⁷.

Enfin, si l'on ne peut que souligner le renforcement de la position du patient psychologique, force est de constater qu'il ne fait, en réalité, qu'entrer dans un système imparfait, source de critiques et d'interrogations depuis plusieurs années déjà.

³⁷⁴ Quatre à huit consultations au maximum seront couvertes ; Communiqué de presse de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, « 120.000 patients pourront se faire rembourser leur aide psychologique », 18 mai 2018.

³⁷⁵ Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones, " La proposition de remboursement des soins psychologiques de Maggie De Block... un premier pas constructif ou un « coup d'épée dans l'eau »?", 7 juin 2018, voy. <https://www.uppcf.be/> (dernière consultation le 10 août 2018).

³⁷⁶ Proposition de loi réglementant 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001, p. 5.

³⁷⁷ Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones, " La proposition de remboursement des soins psychologiques de Maggie De Block... un premier pas constructif ou un « coup d'épée dans l'eau »?", 7 juin 2018, voy. <https://www.uppcf.be/> (dernière consultation le 10 août 2018).

En effet, les droits du patient ont force de loi depuis seize ans déjà, mais à quoi sert un droit s'il n'est pas connu de son titulaire ? Beaucoup ignorent leurs droits car ceux-ci sont complexes et obscurs, même pour un juriste, et le système mis en place pour informer les patients de leurs droits – la médiation – témoigne, lui-même, d'un cruel manque de notoriété³⁷⁸. Même constat pour la loi du 4 avril 2014. Le législateur cherche à rendre un secteur plus lisible, mais oublierait presque d'en informer les principaux intéressés.

Résultat, on passe à côté d'un objectif important du chemin vers des soins de meilleure qualité : la prévention des dommages. Et quand un dommage survient, par exemple parce que l'un des droits du patient n'a pas été respecté, aucune solution parfaite ne peut être proposée aux parties. La médiation n'a pas abouti par manque d'information du patient, par manque de confiance des parties envers le médiateur ou peut-être par manque de formation de ce dernier. Le Fonds des accidents médicaux ne prend pas en charge un tel dommage ou le patient n'a peut-être pas réussi à convaincre le Fonds du lien entre son dommage et une prestation de soins de santé. Reste la possibilité d'intenter un procès qui, peut-être, au bout de vingt ans de discussions éprouvantes sur l'existence d'une faute, d'un lien causal ou d'un dommage, vingt ans de débat durant lesquels les parties verront leurs choix, leurs actes et leurs compétences décryptés et remis en cause, aboutira à la reconnaissance du patient en tant que victime ... ou peut-être pas. On le voit, la procédure judiciaire n'est pas toujours en mesure de satisfaire le patient et crée parfois une seconde victime dans la personne du praticien professionnel.

Tout ceci peut évidemment encore évoluer et il faudra attendre la mise en application de l'entière de la loi du 4 avril 2014 avant de se prononcer définitivement sur son bien-fondé. Dans l'attente, l'on peut se satisfaire des intentions du législateur en espérant qu'elles parviennent jusqu'aux oreilles du pouvoir exécutif et que celui-ci abandonne quelque peu sa vision technique et économique des soins de santé mentale dont l'importance au sein de l'ensemble de la société n'est plus à démontrer. Des efforts ont été faits et des pistes de solutions sont ou ont été envisagées, le tout est de prendre en compte leurs résultats, d'écouter les professionnels de la santé, premiers concernés, et peut-être arriverons-nous un jour à un système (presque) parfait, dans lequel la relation patient-prestataire de soins peut se dérouler en totale harmonie.

³⁷⁸ Commission fédérale « Droits du patient », *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, 10 juin 2011, CFDP/VH/RE/2011/2, p. 4.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Internationale

- Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée à New York le 20 novembre 1989, approuvée par la loi du 25 novembre 1991, *M.B.*, 17 janvier 1992, p. 803.

Belge

- Const., art. 22*bis*, al. 2 ;
- C. civ., art. 203 ; 372 ; 373, al. 1^{er} et 2 ; 492/1 ; 499/7 ; 1134 ; 1315 ; 1384, al. 1^{er}, 3, 4 et 5 ; 1735 ; 1797 ; 1994, al. 1^{er} ; 2262*bis*, §1^{er} ;
- C. pén., art. 458 ;
- C. jud., art. 870 ;
- Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, *M.B.*, 22 août 1978, p. 9277 ;
- Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434 ;
 - Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2012-2013, n°5-2232/1 ;
- Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14806 ;
- Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, *M.B.*, 18 mars 1993, p. 5801 ;
- Loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, *M.B.*, 31 mai 1994, p. 14732 ;
 - Projet de loi modifiant la loi du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue, Rapport fait au nom de la commission de l'économie, de la politique scientifique, de l'éducation, des institutions scientifiques et culturelles nationales, des classes moyennes et de l'agriculture, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3066/002 ;
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719 ;

- Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1642/001 ;
- Loi du 10 février 2003 relative à la responsabilité des et pour les membres du personnel au service des personnes publiques, *M.B.*, 27 février 2003, p. 9558 ;
 - Projet de loi relative à la responsabilité des et pour les membres du personnel au service des personnes publiques, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2001-2002, n°50-1736/001 ;
- Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624 ;
- Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913 ;
- Loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine, *M.B.*, 14 juin 2013, p. 38132 ;
- 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, *M.B.*, 20 mai 2014, p. 40080 ;
 - Proposition de loi réglementant 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, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n°53-3243/001 ;
- Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172 ;
- 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, *M.B.*, 29 juillet 2016, p. 46374 ;
 - 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, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2015-2016, n°54-1848/001 ;

- A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14707 ;
- A.R. du 15 février 2007 portant fixation d'un régime dérogatoire en matière de représentation du patient dans le cadre de l'exercice du droit de plainte visé à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 1^{er}, *M.B.*, 20 mars 2007, p. 15169 ;
- A.R. du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, *M.B.*, 16 mai 2014, p. 39703 ;
- A.R. du 4 juin 2018 modifiant l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les règles de déontologie du psychologue, *M.B.*, 14 juin 2018, p. 49408 ;
- A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, *M.B.*, 27 mai 2014, p. 41329 ;
- Question n°169 de Mme Muriel GERKENS du 16 novembre 2016 (Fr.), *Q.R.*, Ch. repr., sess. ord. 2016-2017, n°536, p. 18.

JURISPRUDENCE

Internationale

- Cour. Eur. D.H., arrêt Z. c. Finlande du 25 février 1997, <https://hudoc.echr.coe.int> (1^{er} juillet 2017) ;
- Cass. fr., Civ. 20 mai 1936, Arrêt Mercier, *GAJC*, n° 161-162.

Belge

- Cass. 27 mars 1944, *Pas.*, 1944, I, p. 175 ;
- Cass., 26 février 1962, *Pas.*, 1962, I, p. 723 ;

- Cass., 22 février 1968, *Pas.*, 1968, I, p. 777 ;
- Cass., 16 octobre 1972, *Pas.*, 1973, I, p. 165 ;
- Cass., 30 octobre 1978, *Pas.*, 1979, I, p. 71 ;
- Cass., 21 juin 1979, *Pas.*, 1979, I, p. 1226 ;
- Cass., 14 octobre 1985, *R.C.J.B.*, 1988, p. 341 ;
- Cass., 3 décembre 1986, *Pas.*, 1987, I, p. 410 ;
- Cass., 26 octobre 1990, *Pas.*, 1991, I, p. 216 ;
- Cass., 14 décembre 2001, *J.T.*, 2002, p. 261 ;
- Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004, p. 298 ;
- Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004, p. 299 ;
- Cass., 14 avril 2005, *Pas.*, 2005, p. 862 ;
- Cass., 22 janvier 2007, *Pas.*, 2007, p. 122 ;
- Cass., 5 juin 2008, *Pas.*, 2008, p. 1425 ;
- Cass., 15 janvier 2010, *R.C.J.B.*, 2010, p. 507, note J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens » ;
- Cass., 2 juin 2010, *Pas.*, 2010, p. 1698 ;
- Cass., 25 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, n°15219 ;

- Liège, 23 décembre 1997, *R.G.A.R.*, 1999, n°13168 ;
- Liège, 28 mai 1998, *J.L.M.B.*, 1999, p. 268 ;
- Liège, 29 septembre 1998, *R.G.A.R.*, 2000, n°13234 ;
- Liège, 7 avril 2000, *Rev. dr. santé*, 2002, p. 45 ;
- Bruxelles, 20 septembre 2011, *R.G.A.R.*, 2011, n°14876 ;
- Liège, 22 janvier 2015, *J.T.*, 2015, p. 806 ;

- Civ. Bruxelles, 21 novembre 1996, *J.L.M.B.*, 1997, p. 1530 ;
- Civ. Liège, 6 novembre 2015, *R.G.A.R.*, 2016, n°15279 ;
- Civ. Bruxelles, 29 février 2016, *Con. M.*, 2016, p. 97.

DOCTRINE

Ouvrages

- DABIN J. et LAGASSE A., « Examen de jurisprudence (1939 à 1948) – La responsabilité délictuelle et quasi délictuelle », *R.C.J.B.*, 1949 ;
- DUBUISSON B., CALLEWAERT V., DE CONINCK B. et GATHEM G., *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence (1996-2007)*, Vol. I, *Le fait générateur et le lien causal*, Coll. Les Dossiers du Journal des Tribunaux, n°74, Bruxelles, Larcier, 2009 ;
- GENICOT G., *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, Bruxelles, Larcier, 2016 ;
- LELEU Y.-H., *Droit des personnes et des familles*, 3^e éd., Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, Bruxelles, Larcier, 2016 ;
- NYS H., *Medical law in Belgium*, Alphen aan den Rijn, Kluwer law international, 2010;
- VANSWEEVELT T., *La responsabilité des professionnels de la santé*, Waterloo, Kluwer, 2015 ;
- WÉRY P., *Droit des obligations*, Vol. I, *Théorie générale du contrat*, 2^e éd., Précis de la Faculté de Droit de l'Université catholique de Louvain, Bruxelles, Larcier, 2011.

Contributions à ouvrages

- ANCEL P., « L'obligation de soins du médecin. Rapport belge et luxembourgeois », in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Recueil des travaux du Groupe de Recherche Européen sur la Responsabilité civile et l'Assurance (GRERCA), Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 23 à 32 ;
- BODDEZ L. et CALLENS S., « De klinisch psychologen en de wet uitoefening gezondheidszorgberoepen », in *Medisch Recht* (sous la dir. de S. LIERMAN et G. SCHAMPS), Brugge, Die Keure, 2017, pp. 1 à 15 ;

- BODDEZ L. et CALLENS S., « Les droits et obligations du psychologue clinicien selon la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 173 à 178 ;
- CALLENS S., BODDEZ L., LEIRE M. et VAN LEUVEN L., « Titel VII. De patiënt in de gezondheidszorg en medische aansprakelijkheid », in *Organisatie van de gezondheidszorg* (sous la dir. de S. CALLENS et J. PEERS), 3e éd., Antwerpen – Cambridge, Intersentia, 2015, pp. 603 à 689 ;
- COËFFÉ M. et CALLENS S., « La responsabilité du psychologue », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 117 à 145 ;
- DERÈSE M.-N., « La médiation dans les soins de santé. Un droit du patient institué par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », in *Une autre justice possible ? La médiation dans tous ses états* (sous la dir. de T. MARCHANDISE), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 253 à 287 ;
- DERÈSE M.-N., « Les droits du patient du psychologue clinicien (loi du 22 août 2002) », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 179 à 200 ;
- DE WITTE K., « Le périmètre de la psychologie », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 13 à 18 ;
- DE WITTE K., « Le périmètre de la psychologie clinique », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 149 à 152 ;

- GENICOT G., « Blouses blanches et robes noires : ce que le droit attend des médecins », *in Les responsabilités professionnelles* (sous la coord. de S. BOUFFLETTE), Conférence Libre du Jeune Barreau de Liège, 2017, Limal, Anthemis, pp. 145 à 267 ;
- HAUSMAN J.-M., « Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *in Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 41 à 242 ;
- LIERMAN S., « Vergoedingsvoorwaarden van het Fonds voor Medische Ongevallen », *in Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen. Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010* (sous la dir. de I. BOONE et S. LIERMAN), Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2011, pp. 39 à 60 ;
- LUST A. et VANSWEEVELT T., « Hoofdstuck VIII. Klachtrecht en ombudsfunctie », *in Handboek Gezondheidsrecht, v. II, Rechten van patiënten : van embryo tot lijk* (sous la dir. de T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS), Antwerpen- Cambridge, Intersentia, 2014, pp. 703 à 734 ;
- MALENGREAU T., « La responsabilité extracontractuelle du commettant pour le fait de son préposé : jurisprudence récente et réflexions », *in Droit de la responsabilité. Questions choisies* (sous la dir. de F. GLANSDORFF), Commission Université-Palais, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 49 à 96 ;
- MATHIEU G. et ROMMELAERE C., « Le secret professionnel du psychologue clinicien », *in La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 201 à 223 ;
- PIRET F., « Responsabilité disciplinaire du psychologue clinicien », *in Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 242 à 302 ;
- RENDERS L., « Organisation de la profession de psychologue clinicien », *in Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Kluwer, 2016, pp. 7 à 39 ;
- SCHAMPS G., « Le degré d'autonomie du mineur dans le domaine des soins médicaux en droit belge », *in Adolescent et acte médical, regards croisés* (sous la dir. de B. FEUILLET-LIGER et R. IDA), Bruxelles, Bruylant, 2011, pp. 83 à 141 ;

- SCHAMPS G., « La médiation « droits du patient » dans la relation entre le psychologue clinicien et le patient » in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 301 à 317 ;
- SCHAMPS G., « Le Fonds des accidents médicaux et les interventions du psychologue clinicien », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 319 à 352 ;
- SCHAMPS G., « La relation de soins avec le psychologue clinicien : la portée des droits du patient » in *Medisch Recht* (sous la dir. de S. LIERMAN et G. SCHAMPS), Brugge, Die Keure, 2017, pp. 87 à 113 ;
- VAN OVERSTRAETEN M., « L'exercice de la psychologie clinique », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 153 à 172 ;
- VRANKEN E. et DE MÛELENAERE M.-C., « Le code de déontologie des psychologues », in *La profession de psychologue et l'exercice de la psychologie clinique* (sous la dir. de la Fédération Belge des Psychologues et sous la coord. de S. CALLENS et M. VAN OVERSTRAETEN), Limal, Anthemis, 2017, pp. 31 à 47 ;
- ZECH E. et NADER-GROSBOIS N., « Préface », in *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien* (sous la dir. de J.-M. HAUSMAN et G. SCHAMPS), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 1 à 3.

Revues scientifiques

Belges

- BALTHAZAR T., « On n'aide pas toujours le patient en lui faisant signer de nombreux formulaires », *Rev. dr. santé*, 2017, pp. 292 à 294 ;
- CALLENS S., « Aansprakelijkheid van het ziekenhuis », *T. Gez.*, 2003, pp. 125 à 130 ;
- COLLETTE-BASECQZ N., « Suicide d'un patient psychiatrique : à qui la faute ? », *Rev. dr. santé*, 2015, pp. 408 à 412 ;

- DE RODE H. et PAULUS J.-P., « Responsabilité médicale : questions incontournables », *Con. M.*, 2017, pp. 176 à 187 ;
- EL BANNA S., BEAUTHIER J.-P., CATANO A. et BISSEN L., « La responsabilité des professionnels dans le secteur des soins de santé. Une vision de la procédure par le thérapeute, ou l'envers du décor », *Con. M.*, 2017, pp. 121 à 130 ;
- FOSSÉPREZ B. et PÜTZ A., « Les intervenants au procès civil en responsabilité médicale », *Con. M.*, 2014, pp. 189 à 228 ;
- GENICOT G. « Les recommandations du Comité consultatif de Bioéthique relatives aux personnes vulnérables », *Rev. dr. santé*, 2012, pp. 267 à 290 ;
- GENICOT G., « L'information du patient quant à l'aspect financier d'une intervention médicale », *J.J.P.*, 2012, pp. 235 à 247 ;
- HEYLEN R., « Le FAM – *Quo vadis ?* », *Rev. dr. santé*, 2017, pp. 232 à 235 ;
- KETTELS A. et CHICHOYAN D., « Art de guérir », *Postal Mémemorialis. Lexique du droit pénal et des lois spéciales*, 2015, A220, pp. 1 à 72 ;
- LELEU Y.-H., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003, pp. 649 à 659 ;
- LUTTE I., « Le statut et la responsabilité du médecin candidat spécialiste et du maître de stage », note sous Liège, 7 avril 2000, *Rev. dr. santé*, 2002, pp. 45 à 51 ;
- LUTTE I., « L'accès au dossier médical », *Con. M.*, 2017, pp. 42 à 55 ;
- MAYÉRUS D. et STAQUET P., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *DCCR*, 2002, pp. 3 à 48 ;
- MOREAU T., « Le Code de déontologie des psychologues et le respect des dispositions légales relatives au secret professionnel », *J.D.J.*, 2014, pp. 23 à 37 ;
- OGEZ D., COLMANT M., ZECH E. et DE TIMARY P., « Quand le psychologue rencontre systématiquement le patient : quelle place pour une demande personnelle ? Expérience auprès de patients atteints d'un cancer », *Psycho-oncologie*, 2014, pp. 117 à 122 ;
- ORLANDO M.-A., « La charge de la preuve du devoir d'information du médecin : un revirement de jurisprudence ? », *R.G.A.R.*, 2017, n°15374 ;

- REUSENS I., « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaider pour un dialogue thérapeutique », note sous Civ. Bruxelles, 29 février 2016, *Con. M.*, 2016, pp. 97 à 121 ;
- REUSENS I., « La responsabilité civile des médecins candidats cliniciens spécialistes (MACS) et du maître de stage », *Con. M.*, 2017, pp. 159 à 175 ;
- SCHOUKENS P. et DEWALLENS P., « De vrije keuze van de beoefenaar », *T. Gez.*, 2003, pp. 151 à 159 ;
- STEHMAN M., « Quelques propos sur les fautes médicales », *Con. M.*, 2018, pp. 63 à 69 ;
- TACK S. et BALTHAZAR T., « Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector : recente evoluties », *C.A.B.G.*, 2007, pp. 1 à 100 ;
- TACK S., « Le Fonds des Accidents Médicaux explique les notions de « dommage anormal » et d' « AMSR » », *Rev. dr. santé*, 2016, pp. 3 à 5 ;
- VANSWEEVELT T., « Definities en toepassingsgebied van de wet patiëntenrechten », *T. Gez.*, 2003, pp. 66 à 73.

Françaises

- BAUCHETET C., « La relation de soin face à la vulnérabilité et ses conséquences », *Hématologie*, 2012, pp. 76 à 79 ;
- MARTY F., « Quand les psychologues investissent l'hôpital... », *Le Journal des psychologues*, 2007/9, pp. 22 à 25 ;
- ZIELINSKI A., « La vulnérabilité dans la relation de soins. Fonds commun d'humanité », *Cahiers philosophiques*, 2011, pp. 89 à 106.

AVIS

- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis relatif aux « Règles éthiques face aux personnes atteintes de démence »*, 10 décembre 2001, n°14 ;
- Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, 10 mars 2003, n° 21 ;
- Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant l'article 17novies de la loi sur les hôpitaux*, 20 janvier 2006, CFDP/17 NOVIES/2 ;

- Commission fédérale « Droits du patient », *Avis relatif à l'application de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient dans le secteur des soins de santé mentale ou au droit du patient au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel*, 18 mars 2011, CFDP/VH/RE/2011 ;
- Commission fédérale « Droits du patient », *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, 10 juin 2011, CFDP/VH/RE/2011/2 ;
- Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant la visibilité et l'accessibilité des services de médiation dans les hôpitaux*, Bruxelles, 15 décembre 2011 ;
- Commission fédérale « Droits du patient », *Avis. Le dossier du patient*, 21 novembre 2017 ;
- Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, *Avis par rapport aux critères d'agrément des psychologues cliniciens, des maîtres de stage et des services de stage*, 8 février 2018 ;
- Conseil national des Etablissements hospitaliers, *Avis concernant la fonction psychologique à l'hôpital général et psychiatrique*, Bruxelles, 13 novembre 2003, CNEH/D/PSY/228-2 ;
- Conseil Supérieur de la Santé (CSS), *Avis : définition et profil de compétences de la psychologie clinique en Belgique*, juin 2015, n°9194.

RAPPORTS

- Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, avril 2010, voy. <https://www.kbs-frb.be/> ;
- KOHN L., OBYN C., ADRIAENSSENS J., et al., *Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 265Bs. D/2016/10.273/32.

LIENS INTERNET

- Clinique Saint Jean, « Droits du patient et médiation », voy. <https://www.clstjean.be/droits-du-patient-et-mediation> (dernière consultation le 2 août 2018) ;
- Commission des Psychologues, « La déontologie du psychologue : code, bonnes pratiques et guide de raisonnement éthique », 2017, voy. <https://www.compsy.be/fr/brochure-deontologie> (dernière consultation le 30 juin 2018) ;
- Commission des Psychologues, « L’accompagnement de patients mineurs », voy. <https://www.compsy.be/fr/accompagnementpatientsmineurs> (dernière consultation le 2 juillet 2018) ;
- Commission des Psychologues, « La capacité du mineur d'exprimer sa volonté », voy. <https://www.compsy.be/fr/mineurexprimersavolonte> (dernière consultation le 2 juillet 2018) ;
- E-Santé, « Le paysage de l’e-Santé en 2019 pour le prestataire de soins », voy. <http://www.plan-egezondheid.be/fr/le-paysage-de-le-sante-en-2019/#zorg>. (dernière consultation le 4 juillet 2018) ;
- Fédération Belge des Psychologues, « La reconnaissance du psychologue clinicien comme profession de soins de santé », voy. <https://www.bfp-fbp.be/fr/la-reconnaissance-du-psychologue-clinicien-comme-profession-de-soins-de-sante> (dernière consultation le 22 juin 2018) ;
- Fédération Wallonie-Bruxelles, « Agrément des prestataires de soins de santé », voy. <http://www.enseignement.be/index.php?page=27056> (dernière consultation le 17 juin 2018) ;
- MEURISSE M.-F., « La médiation en santé mentale dans une perspective systémique », voy. <http://www.mediateurs-amis.be/documents/> (dernière consultation le 5 août 2018) ;
- Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones, “ La proposition de remboursement des soins psychologiques de Maggie De Block... un premier pas constructif ou un « coup d’épée dans l’eau »?”, 7 juin 2018, voy. <https://www.uppcf.be/> (dernière consultation le 10 août 2018).

AUTRES

- Communiqué de presse de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, « 120.000 patients pourront se faire rembourser leur aide psychologique », 18 mai 2018.

ANNEXE : INTERVIEW DE MADAME EMMANUELLE ZECH,
VICE-DOYENNE DE LA FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES
SCIENCES DE L'EDUCATION

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis Emmanuelle Zech ; je suis professeur ici [à l'Université catholique de Louvain, NDLR] en psychologie de la santé et psychothérapie en Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. J'ai une pratique clinique au centre de santé mentale à Louvain-la-Neuve et je suis membre du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale.

J'ai vu que le Conseil fédéral a déjà rendu un premier avis sur les conditions d'agrément des psychologues cliniciens...

Oui, il y a plusieurs organes qui travaillent à pouvoir mettre en place les conditions d'agrément, les compétences, etc. Donc il y a maintenant un nouveau conseil fédéral, institué depuis un an et qui est composé pour moitié d'académiques des diverses universités francophones et néerlandophones et pour l'autre moitié de professionnels des champs de la santé mentale (psychiatres, psychologues, organisations, associations, ...). Ce Conseil fédéral, c'est vraiment l'organe qui remet des avis à la ministre. Quand on lui pose des questions parlementaires, elle vient chez nous et nous demande un avis éclairé pour pouvoir répondre. Donc dans le Conseil fédéral on est en train de travailler sur les conditions d'agrément, les niveaux de qualification, les trajectoires au niveau de la formation, de l'expérience professionnelle pour la psychologie clinique, notamment.

Pouvez-vous expliquer concrètement ce que fait un psychologue clinicien ?

La structure va être organisée en deux lignes de soins, en parallèle avec ce qui se fait déjà en médecine. Il y a le médecin généraliste qui reçoit la plupart des difficultés, la plupart des patients, quelles que soient les situations. C'est à lui à évaluer la situation, à donner une première aide et donc de première ligne pour des premiers soins. Ici ça sera dans le cadre de la santé mentale.

Le psychologue clinicien peut donc être confronté à toutes sortes de difficultés : dépression, anxiété, burn-out, séparation, ... On traite aussi des conséquences psychologiques d'une maladie physique. Vous attrapez le cancer. Il va être traité par des médecins, mais il y a des conséquences peut-être familiales, organisationnelles, vous allez être absent du travail pendant

un certain temps. Savoir que vous avez une maladie potentiellement mortelle peut avoir des conséquences sur votre bien-être. Vous allez vous inquiéter, avoir des relations sociales difficiles avec vos proches. Un psychologue clinicien peut aider, même s'il n'y a pas un diagnostic psychiatrique ou de maladie qui est posé. Ça peut aussi être des décès dans la famille. Le but de cette première ligne c'est d'accueillir la demande, l'identifier, identifier les trajectoires de soins et donner une première aide.

L'idée sera ensuite d'avoir une deuxième ligne. La formation complémentaire en psychothérapie devrait permettre de donner des soins spécialisés, comme le médecin généraliste qui envoie chez des médecins spécialisés. Un psychologue clinicien de base, qui n'aurait pas suivi la formation en psychothérapie, renverra vers quelqu'un qui a cette formation, qui pourra soit être un psychologue clinicien avec formation en psychothérapie, soit un orthopédagogue clinicien avec cette même formation, soit un psychiatre ou un médecin avec formation en psychothérapie. Là on imagine plutôt d'arriver à des problématiques plus profondes, plus chroniques, plus difficiles qui nécessitent beaucoup plus de séances et sans doute aussi des interventions de nature pluridisciplinaires, associant un médecin, un assistant social, pour soutenir les personnes qui sont dans le plus grand besoin.

Le Conseil d'Etat a justement estimé que la distinction entre les définitions de la psychologie clinique et de la psychothérapie n'était pas suffisamment claire.

C'est ce qui est critiqué dans la loi et dans la manière avec laquelle on envisage les choses. Admettons que je n'ai pas la formation en psychothérapie. Une personne vient me voir et me parle pendant trois, quatre séances. Une relation s'établit et on sait qu'un facteur d'efficacité du soin en santé mentale, c'est la qualité de la relation que vous allez établir avec la personne. En effet, ça nécessite de la confiance, la personne va devoir divulguer certaines choses, il faut de la confidentialité, de la sécurité, ... Dans le rapport humain, c'est un facteur essentiel de l'efficacité. Il n'y a pas que les techniques qui comptent.

Je n'ai donc pas la formation en psychothérapie mais ça se passe bien avec la personne. Je dois la renvoyer ? Et la personne devrait recommencer une même démarche avec quelqu'un d'autre ? C'est une démarche qui n'est pas facile à prendre. Beaucoup de gens attendent de nombreuses années avant de se décider vraiment à prendre les choses en main.

Ce système de soins à deux niveaux pour la santé mentale est donc, pour certains, assez critiqué parce que cela nécessite parfois de devoir réorienter alors que ça pourrait très bien se passer.

Savez-vous pourquoi on a uniquement réglementé la psychologie clinique, l'orthopédagogie clinique et la psychothérapie et pas, par exemple, la psychologie du travail comme cela se fait dans d'autres pays ?

La ministre voulait protéger les patients. Ça fait de très nombreuses années qu'on essaye d'avoir une loi qui permette d'encadrer tout ce qui est psychothérapie, psychothérapeute. Il y a des astuces qui ont été trouvées pour ne pas parler du volet « pratique de la psychothérapie », réservée à des gens qui ont un diplôme soit de psychologue, soit d'orthopédagogue, soit de médecin et qui ont suivi une formation complémentaire.

Donc l'objectif au départ c'est vraiment un objectif de protection, notamment contre le charlatanisme. On s'assure que la formation de base donne des compétences suffisantes aux gens qui seront agréés officiellement pour pouvoir donner des soins de santé mentale. C'est le modèle qui a été privilégié. Il faut que les interventions soient basées sur les sciences psychologiques, les connaissances et les validations empiriques qui sont faites des interventions qui sont mises en place. C'est un garde-fou à faire un peu n'importe quoi, ce qui ne veut pas dire que les gens font n'importe quoi en dehors de ce système-là. Mais on voulait éviter que des gens se retrouvent dans des systèmes sectaires où on leur fait faire des choses un peu magiques, même si ça ne disparaîtra pas.

Le deuxième but avoué de cette loi, c'est de donner un accès plus facile et moins cher aux soins de santé mentale. L'INAMI va intervenir, comme quand on va chez le médecin, pour une partie des consultations chez un psychologue clinicien agréé. Toute la mise en place est en train d'être discutée. L'idée c'est vraiment que ceux qui sont les plus précarisés, qui sont souvent les plus touchés, aient un accès à des soins de qualité à un prix raisonnable.

Avant la loi de 2014, un contrôle était-il malgré tout mis en place ?

Oui et non. Le titre de psychologue était déjà protégé depuis 1993. Personne ne peut s'appeler « psychologue » sans avoir le diplôme de sciences psychologiques, niveau master ou licence. Tous les psychologues répertoriés à la Commission des Psychologues doivent suivre le Code de déontologie et donc s'il y a un problème avec l'un des psychologues, on peut déposer une plainte et essayer d'avoir un recours vis-à-vis de cette personne.

C'est bien plus compliqué une fois que les gens pratiquent, font des soins ou disent qu'ils font des soins, sans dire qu'ils sont psychologue. Je peux m'appeler comme je veux (thérapeute, psycho-praticien, psychothérapeute, ...), il n'y a aucune restriction qui est faite. Il faut donc pouvoir démontrer que ce sont des personnes qui disent pratiquer l'art de guérir et alors ça

entrait sous l'arrêté royal n°78 qui réglementait traditionnellement les soins médicaux et paramédicaux. Et nous n'étions pas repris. On avait donc une pratique un peu illégale de la médecine, ce qui posait problème. La nouvelle loi réinsère donc notre profession dans les soins de santé mentale de manière plus globale, moins exclusive par rapport à la protection des médecins.

En attendant la mise en place des procédures d'agrément, comment ça se passe pour les psychologues cliniciens ?

Les psychologues cliniciens doivent déjà respecter les droits du patient. L'accès au dossier, tous ces aspects-là sont déjà d'actualité. Nous sommes de la même manière soumis au secret professionnel. Nos patients ou nos clients peuvent nous demander leur dossier, on peut être appelé en justice, etc. Tout ceci est déjà dans la loi, même s'il n'y a pas encore le côté agrément officialisé. Notre pratique est déjà réglementée.

Ce qu'il se passe, c'est qu'on n'a pas un vrai Ordre des psychologues cliniciens. Il y a bien la Commission des psychologues qui peut recevoir les plaintes, mais les sanctions ne sont généralement pas catastrophiques. Je n'entends pas souvent parler de situations d'abus, de choses qui ne devraient pas se passer, alors qu'il doit y en avoir. Je ne suis pas sûre que ça ait une vraie force jusqu'à présent.

Donc on peut espérer que le système qui sera mis en place apportera au moins ça, apportera la protection qu'il est censé apporter, même si ça va aussi apporter pas mal de désavantages. En effet, le surcontrôle, pour tous les gens qui travaillent bien, va être très lourd.

Donc dans la pratique, même avant la loi, vous teniez déjà un dossier ? La loi aura-t-elle un impact sur tous ces aspects-là ?

Oui, beaucoup de choses vont changer. Aujourd'hui, moi je n'ai qu'un dossier pour chaque personne que je vois. Mais je suis censée garder un dossier séparé avec mes notes personnelles. Puis en parallèle je dois garder un dossier accessible au patient puisqu'il a le droit de le consulter. Je ne vais donc pas mettre ce que je vis dans ce dossier-là. Je suis donc censée garder deux dossiers.

Avec le nouveau système, si on est agréé, ce qui risque de se passer, mais c'est encore un grand point d'interrogation qui génère beaucoup d'anxiété, c'est que l'on entre dans un système de dossier du patient informatisé, qui sera commun. Comme quand on va chez le médecin généraliste. Donc je devrai indiquer quand vous venez chez moi, mettre une note, éventuellement poser un diagnostic et tout sera accessible de manière en partie partagée.

Normalement je ne pourrai plus avoir d'autre dossier que ça, ce qui pose un vrai problème en termes de confidentialité ; de manière d'encoder aussi parce que le système sera fait avec des petites cases à cocher. Si vous ne correspondez pas au profil, c'est problématique. Même pour ma pratique, c'est compliqué. Je pose très peu de diagnostic, parce que ce n'est jamais qu'une surface, ça n'explique pas quel est le sens du fait que vous avez tel symptôme. Un même symptôme peut être dû à toute une série de choses. Donc le diagnostic est basé sur les symptômes que l'on observe, mais pas spécifiquement les processus psychologiques, psychosociaux ou psychobiologiques qui font que vous allez développer tel type de symptôme mental. C'est très particulier, même s'il y a certains modèles théoriques et certaines thérapies qui fonctionnent très bien comme ça. Ça pose donc des difficultés en termes de possibilité pour tous les psychologues de s'y retrouver.

La loi était donc attendue, répond-elle aux attentes des praticiens de la psychologie clinique ?

Je pense que la loi au départ est bien. Ce qui est compliqué ce sont les zones de recouvrement entre psychologie et psychothérapie. Divers recours ont donc été introduits pour savoir comment les différencier. Quand je rencontre une personne, est-ce que je fais de la psychologie clinique ou de la psychothérapie ? C'est parfois compliqué de vraiment savoir. Certains parlent du niveau d'expertise, de compétence, de difficulté, ... Il y a certains types d'information qui vont nous permettre de distinguer les deux, mais les compétences que j'ai en psychothérapie, je les utilise aussi en psychologie clinique.

Je crois que finalement ce qui pose le plus de question, c'est la mise en route, la manière de traduire le texte en aspects très concrets. Dans quelle mesure on va être contraint ou non d'encoder des informations dans un système informatisé et partagé, comment va-t-on devoir se réadapter à tout ça ?

Il y a aussi des questions sur la manière dont on va envisager le remboursement des soins. Au départ, les deux professions se font de manière autonome, par définition. On ne dépend pas du médecin. On n'est pas soumis à prescription du médecin, mais dans la manière dont les textes viennent ou dans la manière dont le remboursement pourrait se faire, il va falloir passer par un avis du médecin. Est-ce que ce sera un avis ou une prescription ? Si c'est une prescription, on devient dépendant. Si on doit passer par des déclarations par l'intermédiaire d'hôpitaux qui eux seront remboursés par l'INAMI, ça pose question aussi. En Flandre, les professionnels rouspètent sur le tarif du remboursement. Le prix de la consultation est en général plus élevé qu'en Région wallonne. Et le tarif proposé par la ministre est raboté. Donc tous les Flamands vont perdre de l'argent.

Tout dépend de la manière dont les choses seront envisagées, ce qui perturbe beaucoup. Il est possible que l'on perde une série de droits inscrits dans la loi, mais par la manière dont les choses seront mises en application, ça va changer la donne. L'objectif initial de protection du patient et de l'accès à des soins de qualité sera-t-il réellement atteint ? On est en train de se dire que finalement les gens ne vont pas adhérer à ce système et vont donc continuer tel qu'ils le faisaient avant.

Sans donc s'inscrire dans la loi ?

Oui. Ils peuvent continuer à exercer en tant que psychologue. L'avantage d'être psychologue *clinicien* c'est d'avoir le remboursement. Mais si on ne veut pas rentrer dans le système kafkaïen vers lequel on semble aller ... même moi je ne sais pas si j'aurais envie. *A priori* ça semble hyper contraignant et pas forcément avantageux ni pour le patient, ni pour ma propre sécurité. Les actes que je pose, je peux les sous-peser, les réfléchir, mais si tout est sous contrôle, je perdrais ma liberté.

À la fois, je trouve que c'est un très chouette projet au départ, mais il faut vraiment voir comment ça va être mis en application. Peut-être que ça sera très bien, mais pour l'instant ce dont on entend parler fait un peu peur.

Les psychologues cliniciens utilisent-ils parfois des objets particuliers pour le diagnostic ou le traitement de leur patient ?

C'est relativement rare, mais on peut imaginer certains types de thérapie qui utilisent des outils. Quand on parle d'outil chez nous, ça peut être du papier et un crayon. On peut aussi imaginer des thérapies par le jeu ou par la relaxation avec des dispositifs particuliers. Il y aussi un thérapeute qui utilise des cordes. Tout dépend d'un thérapeute à l'autre. Avec les enfants il y a beaucoup de matériel.

La loi prévoit que le psychologue clinicien agréé doit accomplir un stage professionnel au terme de sa formation. Or, l'avis du Conseil fédéral, parle d'une évaluation à la fin du stage en vue de l'agrément. Dès lors, à quel moment cet agrément devra-t-il être sollicité ?

Il y aura deux étapes. Il faut avoir terminé son master pour pouvoir entrer en stage. Avant de pouvoir accomplir ce stage, la personne devra obtenir un *visa pour le stage*. Il faut donc avoir une formation de base suffisante en psychologie clinique pour l'obtenir et donc pouvoir accéder à un stage pendant un an.

Une fois que vous avez terminé cette année de pratique professionnelle supervisée, il faut une évaluation pour savoir si vous avez acquis le niveau pour travailler en tant que psychologue clinicien autonome. Sinon, vous serez considéré comme faisant partie des soins de support comme les assistants sociaux, les infirmières, les autres psychologues. Ceux-là peuvent travailler sous la supervision d'un psychologue clinicien autonome et agréé.

Place Montesquieu, 2 bte L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique www.uclouvain.be/drt

