



Lettre d'information

Janvier-février-mars 2018

Editeur responsable : Francis Martens
Adresse : rue du Président, 53
1050 Bruxelles

Editorial

Sommaire

Editorial

Page 2. Brèves

Page 3. « Correction du code de déontologie des psychologues », G. Monnoye

Page 4. « La néo-protection du patient selon Madame De Block », F. Martens

Page 5. « Evidence-based psychotherapy. Où est l'évidence, la preuve ? Où est la psychothérapie ? » E. Fraiture.

Page 12. Activités proposées par nos membres

Evidence-based practice

On n'arrête pas d'en entendre parler.

Elle oriente la nouvelle politique de soins en santé mentale.

On nous dit, avec justesse, qu'elle va interférer avec notre pratique psychothérapeutique et qu'il faut s'en méfier.

L'evidence based practice : de quoi s'agit-il ?

Eric Fraiture, nouveau membre du Bureau de l'APPPsy, nous éclaire sur la définition et les limites de la méthode et Francis Martens nous en donne une réflexion personnelle.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et nos meilleurs vœux pour 2018 !

Pour le Bureau,

Cédric Boussart

Brèves

Loi De Block : Plaidoirie de notre avocat



Le 13 décembre 2017 le cabinet de notre avocat, Me Jean Bourtembourg, a plaidé devant la Cour Constitutionnelle pour y défendre les recours engagés par l'APPPsy.

Ce même jour ont aussi plaidé les autres avocats défendant les autres actions contre la loi De Block : Me Uyttendaele, Me Tulkens, Me Letellier.

Nous sommes actuellement en attente de la décision de la cour constitutionnelle qui se prononcera pour mi-mars au plus tard.

Piratage du site de l'APPPsy

Début décembre, notre site a été piraté : nous n'avons pas eu de demande de rançon comme c'est la mode actuellement ! Les raisons restent donc méconnues mais tout de même questionnantes : ce que nous publions pourrait-il déranger quelqu'un...?

En attendant que ce problème soit réparé, toute personne se rendant sur www.apppsy.be sera automatiquement

redirigée vers notre page Facebook où nous continuerons à faire connaître nos positions et actions. *Attention : vous pouvez bien-sûr avoir accès à la page sans avoir un compte Facebook.*

Conseil Fédéral

Le Conseil Fédéral des professions de soins de santé mentale se réunit actuellement en sous-groupes de travail pour redéfinir la formation du psychologue clinicien (stage et compétences).

Nous avons fort à craindre, au vu du choix arbitraire des membres de ce conseil, que la formation de nos futurs confrères et consœurs psychologues exige une formation à l'Evidence-based Practice. L'avis qu'il rendra à ce sujet sera présenté à la Ministre qui l'insèrera, ou pas, dans ses réformes.

Le Bureau de l'APPPsy a été réorganisé :

Président Francis Martens,
Vice-Président : Alain Rozenberg
Trésorerie : Philippe Lemmens
Secrétariat institutionnel : Michel Lamart
Secrétariat politique : Cédric Boussart
Secrétariat scientifique : Eric Fraiture
Geneviève Monnoye (éthique et déontologie),
Tania Schuddinck (invitée au Bureau, interface avec les institutions néerlandophones)

C. Boussart

Correction du code de déontologie des psychologues

G. Monnoye



Psychologencommissie
Commission des Psychologues

Depuis l'été 2014, l'APPPsy exige la réécriture des articles concernant le Secret Professionnel, articles falsifiés et rendus non-conformes au Code Pénal. Pendant 42 mois, les délégués APPPsy à la Compsy durent déjouer les manœuvres des quelques membres du bureau de la Compsy qui s'opposaient à toute réécriture, ceci pour des raisons qui restent encore non élucidées.

Grâce à la joyeuse complicité entre les membres des bureaux de l'APPPsy (l'ancien et le nouveau), qui ficelèrent des dossiers bétonnés, et les délégués de l'APPPsy à la Compsy¹, grâce au soutien indéfectible de nos conseillers juridiques, nous purent opposer une vigilance déterminée. Certains membres de la BFP-FBP et non des moindres cautionnaient notre demande de réécriture.²

Les lettres ouvertes³ et les interventions sur les réseaux sociaux apportèrent un piment indéniable.

Mais ce n'est qu'en janvier 2017, grâce à l'intervention inespérée du cabinet du ministre Borsus/Ducarme, que fut désensablé le projet de réécriture du chapitre 3 de notre code.

Les tentatives de soustraire au devoir de Secret Professionnel, une partie des psychologues, (les psychologues orientation « Organisations et Travail »), persistèrent cependant jusqu'en septembre 2017.

Le 23 octobre 17, une première version quitte le cabinet mais revient du Conseil d'Etat, avec un avis négatif et le 18 janvier 2018, une deuxième et espérons-le, dernière version reprend son parcours vers le conseil des ministres.

Et bien sûr, nous vous tiendrons informés dès que...

¹ Brigitte Lenzen, Geneviève Monnoye, Xavier Renders, Alain Rozenberg rejoints par Sarah Vande Walle et Martine Vermeylen de l'UPPsy-BUPsy... et sans oublier Brigitte Dohmen !

² Adélaïde Blavier et Pierre Nederlandt.

³ Cédric Boussart, Chiara Aquino et Hélène Coppens.

La néo-protection du patient selon Madame De Block

Francis Martens

L'*Evidence-based Medicine* est importante en matière de diagnostic et de procédures de soins médicaux ayant fait leurs preuves — notamment dans le contexte des urgences. Elle a le mérite d'éviter les erreurs médicales les plus grossières et de baliser techniquement - plutôt que scientifiquement - un terrain nosographique où chaque situation clinique devrait néanmoins rester unique.

Dans une évaluation rétrospective récente (parue dans le *British Medical Journal*), des praticiens chevronnés de l'EBM soulignent les aspects positifs de la démarche tout en pointant un risque majeur : celui "d'oublier le patient" en n'ayant d'yeux que pour la cartographie générale des symptômes. Si cet écueil pose peu de problème dans le cadre d'une perspective purement gestionnaire, il appauvrit gravement le colloque singulier avec le généraliste et s'avère tout bonnement catastrophique en matière de santé mentale : là où précisément l'on n'a affaire qu'à des souffrances individuelles qui peuvent rendre malades plutôt qu'à des maladies standardisées qui font souffrir.

Mais ne soyons pas dupe : la Ministre de la Santé, par-delà son discours, n'a que faire de la qualité des soins. Sous couleur de rationalité clinique et scientifique, elle gère, elle impose, elle économise. Appartenant à une mouvance idéologique qui déteste le service public, elle met en réalité en place une médecine à deux vitesses — là où la Belgique pouvait encore s'enorgueillir d'une médecine publique de proximité très satisfaisante.

Prenons un exemple basique de la néo-protection du patient selon Madame De Block. Une de mes proches avait un rendez-vous, prescrit il y a plusieurs semaines, pour une IRM à l'hôpital d'Ixelles (Bruxelles, Réseau Iris-Sud). Il y a huit jours, on lui téléphone pour annoncer que l'examen prévu est annulé et qu'elle devra prendre contact — si elle veut son IRM — avec le lointain hôpital Bracops à Anderlecht. En effet, la Ministre de la Santé interdit désormais à l'hôpital d'Ixelles de pratiquer encore ce genre d'exams — sous prétexte de rationalisation géographique «aux fins d'améliorer la qualité des soins».

Maillon du réseau Iris Sud, l'hôpital d'Ixelles n'a rien d'une petite clinique de quartier. Récemment reconstruit, il constitue un des pôles médicaux les plus actifs de Bruxelles. En réalité, il s'agit d'économiser quelques sous en limitant les IRM, plus coûteuses que les radiographies et pas toujours nécessaires - mais inoffensives au niveau radiations - au profit d'exams radiologiques meilleur marché aux effets potentiellement délétères.

Voilà — exemple parmi trop d'autres — comment se conçoit, dans l'opacité du cabinet De Block, le bien des patients et la qualité du Service Public.

L'Evidence-based Psychotherapy : Où est l'évidence, la preuve ? Où est la psychothérapie ?

Exposé présenté par Eric Fraiture à la Journée de Recherche de l'APsyUCL organisée à la Faculté de Médecine de l'UCL le 16 mars 2017.

Eric Fraiture est psychologue psychothérapeute au Service de Santé Mentale Chapelle-aux-Champs et assistant chargé d'enseignement à l'Université Saint-Louis – Bruxelles.

Je voudrais ici proposer quelques remarques critiques sur les **limites** de la méthode dite *evidence-based* lorsqu'elle est appliquée à la psychothérapie.

Cette méthode, comme vous le savez, est extraordinairement mise à l'honneur aujourd'hui par Maggie de Block et les associations de psychologues qui soutiennent ou inspirent ses lois. Selon eux, cette méthode serait la seule manière *scientifique* d'attester de la valeur d'une psychothérapie aujourd'hui, au point qu'elle définirait une nouvelle forme de thérapie : une *thérapie empiriquement fondée*. On va voir ce qu'il en est en réalité.

On s'intéressera plus précisément ici à ce qui, parmi les dispositifs d'évaluation *evidence-based*, en est présenté comme le **modèle supérieur** en termes de *scientificité* : les **essais contrôlés randomisés** (ECR). Je me propose dans ce très court exposé, dont le but est surtout exploratoire, de définir en quelques traits cette méthode ECR, et, en parallèle, d'en relever les limites. Je me baserai pour ce faire principalement sur deux synthèses récentes dues à des auteurs spécialisés dans le domaine de l'évaluation des psychothérapies : Jonathan Shedler (2015) et Jean-Michel Thurin (2016).

SHEDLER Jonathan, *Where is the evidence for evidence-based therapies ?*, The Journal of Psychological Therapies in Primary Care, vol.4, May 2015, pp.47-59.

THURIN Jean-Michel, *Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ?*, Revue PSN (Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences), vol.4, 2016/1, pp.29-51.

En deux mots, ces deux auteurs invitent à la plus grande prudence concernant les études d'efficacité des soi-disant *thérapies empiriquement fondées*, et ce à trois niveaux :

- premièrement, une grande partie des recherches publiées, malgré leur image affichée d'une méthodologie extrêmement rigoureuse, **ne respectent pas en réalité** les réquisits de cette méthode ECR ;
- ensuite, et plus généralement, la méthode ECR, lorsqu'elle est fidèlement respectée, pose de **graves problèmes de validité** : elle fait subir à la pratique réelle de la psychothérapie de telles distorsions, une telle réduction que ce qui est mesuré et prouvé n'a finalement que très peu de rapport avec ce qui se passe effectivement dans une psychothérapie réelle, que ce soit du côté du patient ou du côté de ce que fait le thérapeute ;

- enfin, les défenseurs de cette méthode **interprètent** souvent hâtivement et erronément ses résultats.

1^{er} réquisit de la méthode des ECR :

la définition d'une population et la constitution d'un échantillon représentatif

Les ECR imposent d'abord de **définir** avec précision **la population** qui serait intéressée par la thérapie à tester – par exemple, les personnes atteintes de *dépression* – puis d'en constituer un **échantillon représentatif**, de **taille suffisante**, sur lequel portera l'expérimentation.

Ceci dit, faisons quelques remarques critiques. Au niveau de la représentativité de l'échantillon, on peut souvent relever dans la littérature des **biais de sélection des patients**. Par exemple, lorsque les sujets sont recrutés parmi les étudiants d'une université, on peut supposer qu'interviennent des biais liés : à l'âge, à la cohorte historique, aux possibilités de mentalisation, à la condition sociale et culturelle etc.

Mais le plus problématique est sans doute le critère de définition de la population cible : on sait qu'en la matière, le DSM est la Bible. Ce qui définira la population, c'est **un symptôme, unique et isolé**.

Or, ceci amène toutes sortes de conséquences problématiques :

- Une grande partie des patients du monde réel (en moyenne les deux tiers) sont exclus de ces études : ce sont ceux qui manifestent non pas seulement un mais **plusieurs** symptômes.
- Le **fonctionnement psychologique global**, dans lequel se présente le symptôme, n'est aucunement pris en compte – ce qui fait douter que l'échantillon ainsi constitué soit homogène... du point de vue du fonctionnement psychologique des sujets, précisément.
- En lien avec les deux points précédents, les ECR excluent également tous les patients qui ajouteraient au symptôme cible un **trouble de la personnalité**, puisque (dit-on ici avec justesse) le symptôme est modifié, surdéterminé par l'organisation globale de la personnalité.
- Ne sont pas davantage pris en compte les conditions individualisantes suivantes : le contexte de vie du patient, son type de contact avec le thérapeute, l'histoire de son symptôme etc.
- La méthode met également à l'écart les patients dits *instables*.
- Dans le cas de la dépression, par exemple, on va jusqu'à rejeter les patients aux caractéristiques suicidaires...

2^e réquisit : les thérapies administrées dans les ECR

Dans les ECR, la population sera divisée en deux :

- dans un groupe se trouveront les patients soumis à la thérapie à tester ;
- un autre groupe, de comparaison, sera soit privé de tout traitement, soit soumis à une autre thérapie de comparaison.

Le réquisit ici, c'est qu'à chacun de ces groupes soit attribué une condition précise – absence traitement ou traitement précisément défini – puisqu'on souhaite que l'expérience soit **reproductible**.

Mais cela pose immédiatement le problème de la **standardisation** du traitement : il est en interdit, dans ces expériences, d'adapter la procédure thérapeutique à la situation singulière du patient ! Or, tout thérapeute sait que cette position est aux antipodes de la pratique clinique quotidienne.

Quelle valeur, quelle validité accorder alors aux résultats des évaluations d'efficacité ? C'est autant la complexité de la pratique thérapeutique qui est victime de ce réductionnisme outrancier, que la complexité du patient, comme on l'a vu au point précédent. Et ce d'autant plus que, par une perversion logique, ces thérapies fabriquées-pour-la-recherche, maintenant qualifiées d'*empiriquement prouvées*, deviennent progressivement la norme des thérapies réelles !

*On comprend les affinités de ces traitements artificiels avec la loi de Block sur la psychothérapie. La loi de Block ne conçoit plus en effet la psychothérapie comme un **métier** – c'est-à-dire comme l'expertise permettant d'aborder la variété et la singularité de situations toujours nouvelles, expertise qui se construit au cours d'années d'expérience de terrain, de supervision, de thérapie personnelle... La loi de Block, véritablement déqualifiante pour les professionnels, présente au contraire la psychothérapie comme un acte isolé praticable par une série de professions hétérogènes, acte dont la définition unitaire et l'efficacité devraient être produite par l'EBP, donc par standardisation...*

Outre le biais de validité entraîné par la standardisation rigide de la thérapie-pour-les-ECR, le traitement y est souvent administré, pour des raisons d'économie, par des gens sous-formés, sans expérience : par exemple, des étudiants. De même, dans le but d'éviter les influences extérieures entre séances, ces thérapies pour la recherche sont généralement beaucoup plus brèves que dans une pratique réelle. Là encore, on est loin des conditions réelles de l'exercice du métier de psychothérapeute : comment ces études d'efficacité peuvent-elles alors devenir les normes de la pratique ?

Si l'on s'intéresse maintenant à la question de la comparaison entre les diverses thérapies, il faut sérieusement en rabattre sur le cliché très répandu selon lequel une thérapie dite *empiriquement fondée* serait *supérieure* à toute autre thérapie.

On peut d'abord se demander d'où l'on peut tenir une telle affirmation, car les études comparatives sont *extraordinairement rares*. Wampold (2011) a examiné en 2011 2500

études qui prétendaient réaliser de telles comparaisons : il a d'abord constaté que sur ces 2500 expériences, seules 150 (soit seulement 6%...) font intervenir une forme reconnue de thérapie et non un artefact purement et simplement inventé pour l'occasion, c'est-à-dire pour la comparaison ; mais quand Wampold regarde de plus près ces 150 études, il se rend compte qu'à peine 14 d'entre elles (sur 2500, soit moins de 6 pour mille...) mobilisent une thérapie réalisée en conditions réelles !

WAMPOLD, BUDGE, LASKA, DEL RE, BAARDSETH, FLUCKIGER, MINAMI, KIVLIGHAN, GUNN, *Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual : a meta-analysis of direct comparisons*, Clinical Psychology Review, 31, pp.1304-1312.

Shedler en conclut que les « thérapies » de comparaison utilisées dans l'écrasante majorité des ECR ne sont que des *artefacts fabriqués pour échouer*, et donc pour prouver la réussite de la thérapie qui a la préférence du chercheur.

Si, en revanche, on souhaite remédier à ce biais et rendre plus rigoureuse la comparaison entre thérapies *toutes choses égales par ailleurs*, on se retrouve devant des difficultés sans nom, étant donné les innombrables différences qui existent entre dispositifs, durées de traitement, objectifs etc.

Mentionnons pour clore ce chapitre que, en toute généralité, l'importance de la comparaison entre thérapies est largement surestimée, car une telle comparaison ne mobilise qu'un des facteurs de l'efficacité : l'aspect *technique psychothérapeutique spécifique*. Or, un résultat assez solide dû à Hubble (2012) indique que ce facteur *technique* ne rendrait compte que de 15% de l'efficacité globale mesurée ! Les 85 % restants doivent être attribués aux composantes thérapeutiques **communes à toutes les thérapies** (que l'on nomme dans cette littérature *empathie, alliance thérapeutique...*), aux **attentes** du patient, aux variables **extérieures** à la thérapie (le soutien social extérieur etc.).

HUBBLE, DUNCAN, MILLER, WAMPOLD, *L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies*, Bruxelles, De Boeck, 2012, pp.51-76.

3^e réquisit : la taille de l'échantillon

Comme on l'a vu, les ECR répartissent l'échantillon global de patients entre les différents groupes (soumis à la thérapie à tester, à la thérapie de comparaison etc.). La méthode préconise une répartition *aléatoire* des patients dans les différents groupes, afin d'éviter une confusion entre l'effet de sélection des patients et l'effet du traitement.

Malheureusement, le nombre de variables parasites potentiellement individualisantes est très grand et exigerait, pour que le *hasard* soit effectif, un échantillon extrêmement grand. Or, on trouve dans la littérature des groupes constitués en moyenne de 30 patients, pour des raisons évidentes de coût – ce qui est absolument insuffisant.

4^e réquisit : le choix de l'indicateur d'efficacité thérapeutique et la causalité

Pour mesurer l'efficacité de la thérapie, il faut évidemment choisir un indicateur : il s'agira d'une échelle – de la dépression, du bien-être global etc.

Cependant, le choix de l'indicateur reflète l'**objectif** souhaité de la thérapie, et celui-ci est non seulement extrêmement variable selon les patients, mais également selon les thérapies. Il y a, par exemple, une différence considérable entre l'objectif de faire disparaître un symptôme isolé et celui d'améliorer un fonctionnement global... A ce niveau également, la comparaison entre thérapies est boiteuse.

Par ailleurs, on peut raisonnablement penser qu'entre une intervention thérapeutique et un résultat thérapeutique se déploie une structure causale très complexe. Pourtant les ECR ne dégagent aucune causalité : on n'y trouve que des corrélations statistiques, dont on ne peut jamais dire dans quel sens il faut les interpréter. Un changement cognitif est-il la cause d'une sortie de la dépression – ou au contraire son effet ? Ces deux aspects ne pourraient-ils pas être eux-mêmes des effets d'un tiers facteur, encore inconnu ?

Ce point est important, car le questionnement du psychothérapeute praticien ne se résume pas à savoir si sa méthode ou son intervention sont efficaces : il veut aussi savoir en quoi, et pourquoi, cette intervention l'a été – ou pas. Le processus réel de la psychothérapie est modulé sur toute sa longueur par cette interrogation récurrente, que ne prennent nullement en compte les ECR.

5^e point : les abandons d'expérience

Autre source de perplexité quant à la validité des études d'efficacité publiées : les patients qui abandonnent l'expérience avant son terme. Faut-il les intégrer au résultat (et à quel titre), ou bien faut-il réduire l'échantillon d'autant ?

Le choix entre ces options n'est pas sans conséquence sur l'interprétation des conclusions, car selon Thurin le taux d'abandon peut atteindre 70% !

6^e point : que veut dire *significatif* ?

Beaucoup d'études expriment leurs résultats sous la forme suivante : *le groupe soumis à la thérapie testée a donné des indicateurs d'efficacité significativement meilleurs que les groupes contrôles*. On peut penser que cela revient à dire que la thérapie testée est *meilleure*, et même *bien meilleure*, *bien plus efficace* que celle du groupe contrôle – puisque dans le langage courant *significatif* veut dire : important, considérable.

Or ce n'est pas du tout le sens que les statisticiens donnent à ce terme ! Selon eux, *significatif* veut seulement dire : *qui n'est pas dû au hasard*. C'est une qualification de la

corrélation statistique, et non pas de la grandeur de l'effet ! Ainsi, dans une étude très renommée évaluant l'effet d'une TCC sur la dépression, la différence *significative* alléguée avec le groupe de contrôle avait en réalité pour taille d'effet 1,5 point sur une échelle d'efficacité de 54 – autant dire rien du tout.

ELKIN I., *The NIMH treatment of depression collaborative research program. Where we began and where we are*, in BERGIN A.E., GARFIELD S.L., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, 1994, pp.114-139.

Selon Shedler, cette confusion est très fréquente, et sans doute en grande partie responsable du **préjugé** selon lequel les thérapies dites *empiriquement fondées* seraient supérieures à tout autre thérapie.

7^e point : l'effet tiroir

Il faut enfin mentionner un biais de **publication**, qui est considérable. Les recherches qui ne rencontrent pas les attentes de leurs auteurs, celles dont les résultats sont négatifs, tendent à être beaucoup moins publiées que les résultats positifs. C'est ce qu'on nomme l'effet tiroir – le tiroir où s'entassent les articles non publiés.

Or, ce biais impliquerait, selon certaines estimations, une exagération du simple au quadruple, quant à l'efficacité des thérapies testées...

CUIJPERS, SMIT, BOHLMMEIJER, HOLLON, ANDERSSON, *Efficacy of cognitive-behavioral therapy and other psychological treatments for adult depression : meta-analytic study of publication bias*, British Journal of Psychiatry, vol.196, 2010, pp.173-178.

Conclusion

Shedler recommande une extrême prudence face aux affirmations des thérapies qualifiées d'*empiriquement fondées*. Le langage de la science y est souvent, selon lui, **instrumentalisé dans une optique idéologique voire économique** : celle d'une véritable compétition entre marques dans le marché de la psychothérapie – cf. des numéros récents de TestAchat et TestSanté.

En conséquence, face à chaque allégation d'efficacité psychothérapeutique, Shedler conseille de mettre en œuvre trois règles simples de bon sens, d'**esprit critique** :

- quand on vous parle d'un résultat estampillé *empiriquement fondé*, demandez qu'on vous donne sa référence bibliographique ;
- lisez l'article, et particulièrement les descriptions de sa méthode et de ses procédures ;
- enfin, tirez vous-mêmes vos propres conclusions – et comparez-les à celles de l'auteur. L'effet de surprise est garanti, selon lui !

De son côté, Thurin s'étonne de la **grande méconnaissance** des ECR et de leurs limites de validité, non seulement dans le chef des praticiens mais également dans celui des

chercheurs qui la mettent en œuvre. Il n'est dès lors pas étonnant que les gens qui la recommandent (administration publique, monde politique) soient eux aussi peu éclairés sur le sujet.

Thurin en conclut à l'impérieuse nécessité de mettre sur pied et de diffuser de **nouvelles méthodes d'évaluation des psychothérapies** qui seraient tout simplement plus en adéquation avec leur objet – à savoir la complexité des patients réels, et la complexité des pratiques psychothérapeutiques réelles.

Activités proposées par nos membres

Colloque de la Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale

Ce qui fait et défait l'humain

12-13 mars 2018

ULB Campus du Solbosch 44, avenue Jeanne 1050 Bruxelles

Salle Dupréel, Bâtiment S,

02 511 55 43

www.lbfsm.be

L'Association Freudienne de Belgique et L'EPHEP organisent la journée :

Rites et Ritualités II : quelles écritures pour les ritualités contemporaines

Samedi 24 mars 2018 de 10h à 17H

Avenue de Roodebeek 15

secretariat@association-freudienne.be

www.association-freudienne.be

Psychimède organise une formation continuée

L'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent Evaluation, diagnostic, projet thérapeutique

Espace Belvaux – Province de Liège, rue Belvaux, 189 à 4030 Grivegnée

0494.16.25.79

www.psychimede.be