

# Fédérer

Le Bulletin des Psychologues et de la Psychologie

Collection "Spécial Fédérer"

Psychologues  
de la Fonction Publique Hospitalière

## S'organiser ?

Du Pourquoi au Comment



Fédération Française  
des Psychologues et de Psychologie



La FFPP a organisé une journée de débats et de réflexions sur la question de l'organisation de la profession des psychologues de la fonction publique hospitalière. Cette journée s'est spécifiquement centrée sur l'expérimentation telle que proposée par la DGOS.

## Pourquoi ?

---

**Parce que** le nombre de psychologues hospitaliers a considérablement augmenté ces 15 dernières années. Essentiellement dans le champ de la santé mentale dans les années 80, les psychologues hospitaliers interviennent aujourd'hui dans de nombreux champs de la santé (oncologie, nutrition, mémoire, douleur, maternité...). Cette augmentation entraîne une demande de lisibilité tant du côté des usagers que du personnel et de l'administration.

**Parce que** la donne a changé depuis la loi HPST (juillet 2009) en modifiant le fonctionnement de l'hôpital et, de fait, ses finalités. L'organisation en pôles, la délégation possible des prérogatives du directeur, la tarification à l'activité, notamment, ont suscité des prises de positions contradictoires selon les hôpitaux et des interrogations vives et légitimes du côté des psychologues.

**Parce qu'en 2012** des textes législatifs sont venus « faire bouger les lignes » de la position du psychologue à l'hôpital.

- Arrêté du 15/01/2012 relatif à la composition des jurys de concours de la FPH
- Circulaire du 30/04/2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière.
- Décret du 7/05/2012 sur l'usage du titre de psychothérapeute

**Parce que** précisément avec la circulaire du 30/04/12, la DGOS invite les psychologues de la FPH à faire des propositions de fonctionnement, d'organisation par le biais d'une expérimentation qui va s'étendre sur 2 ans.

**Parce qu'échanger** et réfléchir apparaît nécessaire à un éventuel engagement dans cette expérimentation, c'est avec chacun d'entre vous que la FFPP souhaite débattre du comment.

### Les interventions se sont déclinées autour de 3 axes :

- Un apport théorique et de cadrage : Intervenant DGOS, institutionnels, juriste, universitaire
- Des témoignages de groupements : des analyses critiques, intérêts et limites
- Des débats avec des représentants de collèges à différents niveaux d'organisation

Cette journée a remporté un succès auprès des psychologues de la FPH concernés par ces questions. Une place importante a été laissée aux échanges avec la salle et nous avons tenté dans la mesure du possible d'en rendre l'essentiel de la teneur.

Le Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas de Calais a inauguré cette journée parrainée par la Mairie de Lille, journée qui a bénéficié des partenariats institutionnels et financiers des EPSM<sup>1</sup> de l'agglomération lilloise et de Lille Métropole.

---

1. Établissement Public en Santé Mentale

---

## **Comité d'organisation des journées**

---

Jeannine Accoce, Patrick Cohen, Véronique Griffiths, Brigitte Guinot, Gladys Mondière, Benoît Schneider, Emmanuelle Truong-Minh

### ***Comité d'organisation local***

Sonia Abdelhaïm, Sandrine Dessauwe, Hélène Frémaux, Amaury Marescaux, Cécile Mercier, Gladys Mondière

### ***Conception des Actes***

Lolita Garnier, Véronique Griffiths, Gladys Mondière, Germain Parisot, Benoît Schneider, Emmanuelle Truong-Minh

### ***Note au lecteur***

Les interventions des participants ont été enregistrées, retranscrites et toillettées pour rendre le discours verbal plus fluide. Des intertitres introduits dans les interventions qui visent à faciliter la lecture du document ont été ajoutés par les concepteurs des Actes et sont sous leur seule responsabilité.

Dans la mesure où nous n'avons pas toujours pu repérer l'identité des participants dans la salle, nous avons mentionné : Intervenant(e) A, B, etc. Que ces participants veuillent nous en excuser. Une correction est toujours possible s'ils se signalent à nous.

## Sommaire

Daniel LENOIR Benoît SCHNEIDER Marielle RENGOT	3	Discours introductifs
Michèle LENOIR-SALFATI	7	La circulaire du 30/4/2012 sur l'organisation de la profession
	13	Échanges avec la salle
Christian MÜLLER	18	Organisation, secteur et pôle
François LEQUIN	23	Un psychologue, ça coûte, ça cote ?
Yann DURMARQUE	28	Organisation, statut et loi
Catherine DENEVE	35	Organiser une profession, union ou aliénation ?
Michel MONAMI Maité ROUX Michel LEROUX Marie-Thérèse FOURGEAUD	40	Table ronde des psychologues autour de différentes expériences d'organisation : Intérêts et limites
	48	Échanges avec la salle
Benoît SCHNEIDER	53	Intervention de clôture

## Discours introductifs

### **DANIEL LENOIR**

Directeur ARS Nord Pas de Calais

### **BENOÎT SCHNEIDER**

Président de la FFPP

### **MARIELLE RENGOT**

Conseillère Municipale, déléguée à la santé

### **Daniel LENOIR, Directeur ARS Nord Pas de Calais**

---

Bonjour à tous, Monsieur le président de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, Madame la représentante du maire de Lille, chère Marielle Rengot, et surtout vous tous qui êtes là ce matin.

J'avais prévu et accepté bien volontiers d'ouvrir cette journée de débat « **Psychologues à l'hôpital** » organisée par votre fédération et je voulais faire attention à parler à la fois des psychologues et de la psychologie. Je vais faire quelque chose qui ne se fait pas, puisque je parle en premier ce qui n'est, dans l'accueil, pas habituel mais cela laissera à Marielle Rengot le soin de conclure, d'autant que je suis dans l'obligation de vous quitter rapidement puisque je dois aller accueillir la ministre des personnes âgées, Michèle Delaunay, qui nous fait le plaisir de venir visiter un EHPAD<sup>1</sup> aujourd'hui.

Je tenais particulièrement à être ici, d'abord parce que j'en avais pris l'engagement et parce que c'est l'occasion de manifester l'importance de votre profession dans la prise en charge des patients. Importance qui est particulièrement grande en ce moment puisque j'ai mis en consultation - puisque les Agences Régionales de Santé à chaque fois qu'elles définissent un programme le soumettent à la consultation d'un certain nombre d'instances, notamment la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie, un programme régional sur la santé mentale qui vient appliquer le plan national « Psychiatrie et Santé Mentale » et qui concerne bien sûr les psychiatres mais aussi la profession que vous êtes, ce qui souligne clairement l'importance de votre place pour développer des actions ambulatoires.

---

1. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Nous avons une tradition de réflexion à propos de la santé mentale dans cette région, puisque c'est la seule région où existe une Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale qui regroupe les différentes professions qui interviennent sur ce sujet.

Mais je ne saurais oublier, d'ailleurs l'évolution des effectifs le montre bien, que vous n'intervenez pas que dans le domaine de la santé mentale mais aussi dans le domaine du soin somatique, ce qui nous rappelle quelque chose d'essentiel : que la personne ne se coupe pas en morceaux, qu'elle n'est pas d'un côté un esprit et de l'autre un corps et qu'il y a de fortes interactions entre l'un et l'autre. Votre intervention est extrêmement importante dans la prise en charge des soins somatiques et je voudrais le souligner à cette occasion. Nous avons travaillé, l'ARS justement, sur la démographie des professions de santé : les professions de la santé mentale sont en sous-effectif dans la région et c'est un de nos objectifs que de les développer. Sur l'ensemble de ces sujets, j'ai vu votre programme : « **S'organiser ? Du pourquoi au comment** », je ne vais pas répondre à la question du comment puisque visiblement c'est l'objet de vos travaux de la journée, mais je voudrais insister, pour votre profession comme pour toutes les autres professions qui interviennent dans le soin, sur cette nécessité de l'organisation : la question du pourquoi, en le disant en un seul mot. Nous savons bien aujourd'hui, et c'est vrai de tous les intervenants dans le domaine du soin, que la qualité des soins dépend évidemment de la compétence des professionnels ; cette qualité dépend aussi de l'organisation. La compétence ne suffit pas et l'organisation permet de maintenir cette compétence, de faire en sorte que les interventions soient bien coordonnées les unes avec les autres. L'intervention de plusieurs soignants nécessite évidemment ces coordinations et je souligne notamment dans cette région le développement des collèges de psychologues qui permet cette meilleure organisation.

Je n'irai pas plus loin parce que j'aurai forcément des retours de vos travaux et nous pourrions les valoriser dans le cadre de notre programme « santé mentale » mais aussi, plus généralement, dans le cadre du projet régional de santé. Je voulais juste vous dire ces quelques mots d'introduction en vous accueillant à Lille et vous souhaiter une bonne journée de travail pour développer ce que je voudrais appeler « l'expertise collective en psychologie ». Merci et bonne journée de travail.

## **Benoît Schneider, Président de la FFPP**

---

Je veux d'abord saluer Monsieur Lenoir, qui doit nous quitter rapidement mais qui nous a accordé l'honneur, puis je crois surtout l'importance politique, d'être présent aujourd'hui malgré les contraintes qui sont les siennes. Je crois que c'est pour nous un élément de référence tout à fait important.

Je veux aussi remercier les personnalités qui sont à cette table : Madame Rengot, Déléguée santé à la Mairie de Lille et Madame Lenoir-Salfati, adjointe au sous-directeur des ressources humaines à la DGOS<sup>2</sup> et qui a été dans la période qui vient de se dérouler et sera dans les périodes à venir un interlocuteur essentiel pour les psychologues, avec lequel la collaboration est tout à fait constructive et, enfin, l'ensemble des intervenants que vous retrouverez au cours de cette journée et qui figurent dans le programme. Remercier l'ensemble de ces intervenants, c'est aussi remercier l'ensemble des collègues qui ont accepté de contribuer de façon constructive à l'objet de cette réunion, tous ceux qui chercheront à s'y impliquer dans l'avenir et tous ceux qui ont contribué à l'organisation de cette journée qui démarre de ce point de vue sur d'excellentes bases.

Le thème de cette journée consiste donc à rassembler les psychologues de la Fonction Publique Hospitalière. De longue date, ils occupent une place singulière dans le champ de la psychologie en France. Ils sont nombreux, près de douze mille, près du quart de l'ensemble des psychologues si tant est qu'on arrive à en estimer leur nombre de façon précise. Ils ont une place électorale dans le champ du soin et, c'est précisément l'objet de cette journée, ils disposent de caractéristiques statutaires qui leur sont attachées. Ces dispositions ont souvent servi de référence au-delà de leur propre corps. C'est donc à la fois pour une raison interne et pour une raison externe que l'ensemble des travaux qui se déroulent aujourd'hui ont de l'importance pour les psychologues et pour la psychologie.

Il y a deux ans, deux textes ont suscité un certain nombre de réactions et de manifestations dans le champ de la psychologie et dans le champ du soin. Il s'agit du titre de psychothérapeute, on se rappelle de l'issue donnée à ce dossier avec la révision des annexes du décret, et la circulaire dont il est question aujourd'hui qui a connu une première mouture et qui a été révisée. Les suites de cette circulaire font donc l'objet de nos travaux. Le mouvement inter organisationnel qui a accompagné les manifestations auxquelles je viens de faire allusion a permis la révision de ces textes et a permis le champ qui s'ouvre à nous aujourd'hui avec la nouvelle réécriture de la circulaire. Les éléments réinscrits dans un débat visent donc la clarification de l'autonomie des psychologues, les modalités de leur encadrement hiérarchique, la réinscription de la psychothérapie comme activité clinique. Cet ensemble de dispositions était tout à fait essentiel.

Ce sont donc ces volets ouverts qu'il s'agit d'aborder. Ceux qui entrent en débat, à partir de la circulaire d'avril 2012, et en particulier ceux qui visent la création d'une structure de représentation de la profession sur la base ancienne des services centraux de psychologie ou de collèges institutionnels des psychologues, mais dont il s'agit maintenant de définir de façon précise les compétences. À l'heure actuelle, je m'appuie très clairement sur une enquête qu'ont réalisée nos collègues du SNP<sup>3</sup>. Nous estimons que moins de la moitié des établissements disposent d'une structure de regroupement des psychologues. Quand ces structures existent, elles entretiennent dans la très grande majorité des cas des liens relativement faibles avec l'organisation institutionnelle de l'établissement. C'est donc bien une question essentielle de penser ces structures de représentation pour qu'elles puissent participer, je reprends les termes de la circulaire, « collectivement, plus activement au fonctionnement des établissements ».

Ces structures ont vocation à prendre en charge trois volets de missions : un volet « clinique » en lien avec le projet thérapeutique de l'établissement, un volet « formation/recherche » visant la formation des psychologues eux-mêmes, des stagiaires, des personnels non psychologues et la diversité des activités de recherches, un volet « administratif » enfin : pour exemple la contribution aux différentes phases de recrutement ou à la procédure de notation. Une expérimentation est donc mise en place pour les deux années à venir et à l'issue de cette expérimentation, selon la circulaire, pourra être discuté l'intérêt de la généralisation des procédures retenues ou des dispositifs adoptés.

La FFP a décidé de se saisir de l'opportunité de ce temps d'expérimentation pour favoriser l'engagement et le positionnement des psychologues. Elle a donc organisé cette première journée, et nous déciderons ensemble de la suite à donner au mouvement engagé. Je crois que ce moment stratégique était important puisque nous avons ici l'amorce de la démarche mise en œuvre, que la réflexion va démarrer dans les services et que l'opportunité existe pour les structures qui le souhaitent de s'engager dans l'expérience et pour celles qui ne sont pas

---

3. Lugez, G. & Descamps-Le Couedic, D. (2011). *Enquête sur les regroupements de psychologues de la FPH*. Commission nationale de la FPH, Syndicat National des Psychologues.



tout à fait prêtes, de suivre de façon active le processus. Les travaux que nos collègues vont développer dans différentes régions de France seront donc observés de façon attentive.

Dans ce contexte, je crois que les psychologues hospitaliers sont vraiment porteurs d'une responsabilité. Ils ont pu servir de référence par le passé, ils le font encore ici de par leurs dispositions statutaires. Je crois qu'ils doivent donc pleinement mesurer à cette aune les enjeux qui découlent de l'affirmation d'une responsabilité collective qui n'a pas toujours été, il faut le reconnaître je crois, la marque de fabrique des psychologues. C'est bien dans cet état d'esprit général que la FFPP s'engage de façon constructive j'espère, tout en considérant, c'est aussi un aspect important de notre démarche, la place essentielle que doivent conserver les organisations syndicales dans les négociations, puisque la FFPP n'est pas directement une organisation syndicale, et dans ce cadre-là, je remercie tout particulièrement les collègues syndiqués ou représentants d'organisations syndicales qui ont accepté de collaborer avec nous pour l'organisation et la participation à cette journée.

Je remercie à nouveau l'ensemble des intervenants et l'ensemble des participants. Je souhaite que les échanges d'aujourd'hui soient constructifs. J'ai la conviction qu'ils le seront et que nous pourrons sur cette base, je ne sais pas encore en quels termes mais nous le déclinons ensemble en fin de journée, tracer les modalités de la poursuite de notre action. Merci à tous de votre attention et de votre participation.

## **Marielle Rengot, Conseillère Municipale, déléguée à la santé**

---

D'abord bienvenue à la Fédération à Lille, au nom de Martine Aubry et en mon nom. Je suis ravie de vous accueillir aujourd'hui dans cette salle pour votre première journée. Une première journée c'est important, puisque vous tentez et vous avez le souhait de vous organiser. Je pense effectivement que vous avez tout à fait raison de le faire. Je ne suis pas certaine que si nous faisons un micro-trottoir, la population saurait exactement toujours l'importance que vous avez dans la vie des citoyens et dans la vie au quotidien.

Vous dire « comment / pourquoi ? » c'est aussi important de vous accueillir à Lille pour votre première journée : parce que nous pensons qu'il est toujours important de parler de santé publique et vous êtes psychologues hospitaliers, pour la plus grande majorité d'entre vous. Quand on parle aujourd'hui, Daniel Lenoir le fait aussi assez souvent, de coopération entre professionnels de santé ou de pluridisciplinarité, la pluridisciplinarité bien sûr enveloppe l'ensemble des professionnels qui touchent à la santé globale et vous en faites partie. Nous sommes là à la frontière entre la santé globale et la santé mentale, même si la santé mentale pour moi fait partie de la santé. Bien évidemment, votre profession est essentielle et importante.

Alors vous organiser, effectivement, c'est essentiel pour peser un peu plus sur les décisions, sur les orientations de l'ARS ou ministérielles, mais aussi, sans doute, pour travailler entre vous, peut-être un peu plus ensemble ; l'union fait la force. Je pense que quand une profession est en train d'émerger au niveau organisationnel, c'est encore plus important.

Je souhaite vous dire quelques mots sur la santé à Lille. Nous sommes toujours très heureux de parler de santé publique à Lille où nous accueillons de plus en plus de congrès, de colloques, de journées comme les vôtres et je m'en réjouis. Aujourd'hui, Lille est un carrefour de la santé et de la santé mentale. Je suis heureuse de pouvoir vous parler notamment de notre comité Lillois de santé mentale et de nos locaux de santé mentale que vous connaissez sûrement déjà. Nous avons signé le nôtre avec trois secteurs psychiatriques et c'est toujours une grande fierté pour moi et un grand bonheur de travailler sur ces sujets. Nous avons décidé de travailler en coopération, en concertation et de donner des objectifs précis à ce comité lillois de santé

mentale, par exemple : un groupe travaille sur le post-partum, la prévention du post-partum et la sensibilisation des professionnels de santé à l'alerte autour du post-partum. Un autre groupe travaille sur le parcours résidentiel, puisque nous avons aussi beaucoup de personnes en difficulté de santé mentale ou psychiatrique. Nous devons aussi travailler en concertation, en coopération pour mieux les accompagner. Un dernier groupe travaille, et c'est un peu plus périlleux, sur la formation de nos élus et de nos professionnels de mairie, nos agents municipaux qui sont parfois confrontés, toujours en première ligne, aux difficultés de la population, et qui connaissent mal la santé mentale et son organisation. Ils connaissent mal ce que peut faire un psychologue, ce que peut faire un psychiatre. Il est important aussi de leur apporter des réponses. Je vous souhaite donc une première très bonne journée et de nombreuses autres journées. Je souhaite, bien sûr remercier, Madame Michèle Lenoir-Salfati, représentante de la Dgos d'être à nos côtés et d'être à Lille. Nous sommes toujours ravis d'avoir les représentants du ministère ou de la Direction Générale de la Santé à Lille. Et félicitations à vous monsieur le président pour avoir organisé cette rencontre. Merci.

# La circulaire du 30/4/2012 sur l'organisation de la profession

**MICHÈLE LENOIR-SALFATI**

Direction générale de l'offre de soins

**Bonjour à tous, je souhaite tout d'abord remercier tout particulièrement Benoit Schneider de l'organisation de cette journée qui est, effectivement, l'occasion pour le ministère de la Santé de dialoguer avec la profession sur les intentions de cette expérimentation et de cette circulaire que nous avons diffusée fin 2012, pour organiser une structuration institutionnelle au sein des établissements.**

Il est important de nous donner la parole, parce qu'à n'en pas douter, je suis sûre que certains d'entre vous, peut-être pas vous, mais autour de vous, certains ont dû se dire, mais que nous veut le ministère ? Qu'est-ce qui se cache derrière cette incitation à l'organisation ? Dans une forme de défiance qui a pu s'installer entre la profession et l'État, dont j'ai pu faire le constat à mon arrivée au ministère. J'imagine que vous imaginez peut être, pour un certain nombre d'entre vous, une intention cachée, pas forcément honnête, et c'est important que l'on puisse en discuter et en débattre ensemble aujourd'hui.

J'aurai envie de dire trois choses. D'abord le contexte de cette démarche. Il ne faut pas l'oublier, nous n'avons pas décidé d'emblée de mettre en place une expérimentation. Le contexte, Benoît Schneider l'a rappelé, c'est ce mouvement qui est arrivé devant les portes du ministère, c'était je crois la manifestation des psychologues du 28 janvier 2011, et le souhait exprimé de façon claire, forte et déterminée, d'une reconnaissance de la profession. Une reconnaissance sur plusieurs plans : premièrement une reconnaissance de la formation de psychologue, et il y avait une forme de problème symbolique attaché au décret sur l'usage du titre de psychothérapeute qui semblait demander aux psychologues, qui étaient formés pour prendre en charge la dimension psychothérapeutique au sein des établissements et en dehors des établissements, de se remettre dans un processus de formation comme si, effectivement, on niait et on déniait cette formation et la compétence acquise.

De plus, il y avait une demande très forte de reconnaissance du métier de psychologue à l'hôpital en disant : au fond, nous sommes, dans le système de santé à l'hôpital, des laissés pour compte, à la fois parce qu'on ne reconnaît pas notre place, parce qu'on ne reconnaît pas

notre rôle. On a entendu aussi des choses sur la loi HPST<sup>1</sup> de 2009 qui avait évacué, selon ce qui nous était dit, toute dimension du soin psychique au sein des établissements de santé et, là aussi, les psychologues avaient ressenti une forme d'exclusion et de blessure par rapport à leur rôle et par rapport à leur place. Donc, à la suite de ce mouvement, nous avons engagé des négociations, qui ont été des négociations globales sur le métier de psychologue à l'hôpital, avec les organisations syndicales représentatives de la Fonction publique hospitalière. Benoît Schneider l'a rappelé, en première intention, parce ce que ce sont nos interlocuteurs pour des négociations, tout en maintenant - et les choses avaient été annoncées tout à fait clairement à l'ensemble des participants -, un contact régulier avec les organisations professionnelles représentatives, dont la FFPP qui aujourd'hui nous convie.

Je suis là aussi pour valoriser ce qui a pu se passer. Alors, premièrement : je crois que vous êtes le corps professionnel avec lequel j'ai passé le plus de temps pendant l'année 2011/2012. Il y a d'autres négociations au ministère mais je crois que nous nous sommes beaucoup vu. Nous avons beaucoup discuté. Nous avons beaucoup débattu. Nous avons partagé des points de consensus, nous avons aussi partagé des points de dissensus. C'est important de pouvoir partager les deux dans une discussion, une négociation. Et nous sommes arrivés à faire des gestes, à faire des pas qui ont permis quand même une certaine reconnaissance. Sur la formation, je me félicite que nous soyons parvenus à bouger les limites du décret sur l'usage du titre de psychothérapeute et qu'aujourd'hui les psychologues soient reconnus à leur juste place : il n'y a plus de formation complémentaire à effectuer pour les personnes qui peuvent se prévaloir du titre de psychologue et qui, évidemment puisqu'il s'agit quand même de psychothérapie et de prise en charge clinique du patient, ont pu se prévaloir d'une expérience en établissement de santé et dans un champ effectivement sanitaire. Donc, c'est un point important. Il faut aller au bout du dispositif. Je sais que nous avons encore des discussions en cours, Benoît Schneider le sait, pour qu'avec l'université nous puissions formaliser davantage dans les attestations de stage la reconnaissance du lieu de stage, du nombre d'heures de stage, pour faciliter les inscriptions auprès des ARS et sur le répertoire ADELI.

Nous avons aussi - cela a l'air purement symbolique, mais ce ne l'est pas -, revu, avec l'ensemble des organisations, la fiche métier des psychologues telle qu'elle apparaissait dans le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Là où, à l'évidence, il y avait eu quand même un léger problème : le cœur du métier des psychologues, c'est-à-dire la prise en charge psychothérapeutique, avait été évacué. Quelque chose témoignait là, non pas d'un mépris, mais d'une ignorance, je crois, de la réalité du fonctionnement. Aujourd'hui cette fiche reconnaît votre contribution propre et spécifique au fonctionnement des services de l'hôpital et à la prise en charge des patients.

Je peux aussi dire un mot, je sais que c'est quelque chose qui fait débat, de toutes les discussions que nous avons eues autour du fameux temps FIR<sup>2</sup>, mais en fait cela fait tout à fait le lien avec ce sur quoi je vais arriver autour de cette expérimentation. Pour les psychologues, c'est un point d'ancrage professionnel important et pour lequel nous avons proposé une forme de rénovation, non pas du temps FIR en lui-même qui reste évidemment ce moment où le psychologue élabore, reprend un certain nombre de choses nécessaires à son exercice, mais de la façon dont ce temps FIR s'articule avec le temps institutionnel hospitalier. Avec l'idée que cela ne peut pas être un temps pour lequel on ne rend pas de comptes, que cela ne peut pas être non plus un temps qui est totalement éloigné des objectifs thérapeutiques donnés au sein des services hospitaliers. Nous pourrions y revenir, si vous le souhaitez.

---

1. Hôpital Patients Santé Territoires  
2. Formation Information Recherche

De quoi cette expérimentation est née dans les discussions ? Nous étions justement dans cette idée qu'il fallait reconnaître le métier de psychologue à l'hôpital. Nous sommes clairement partis d'un constat que vous faisiez, enfin vos représentants et aussi nous-mêmes au ministère, d'une forme de divorce, j'emploie ce mot peut-être un peu provocant à dessein, entre l'administration hospitalière et les psychologues hospitaliers, idée que, et vous le savez, la relation entre les deux n'est pas toujours simple. Pour les psychologues, il y a quand même cette impression, je l'ai dit, que la dimension psychique a été évacuée de l'hôpital, qu'ils n'ont pas de lieu où s'exprimer, exprimer leur place, exprimer leur rôle, que leur métier, d'une certaine manière, est marginalisé et ils prennent, à très juste titre, comme exemple, le fait qui est une réalité, que plus de la moitié des psychologues en fonction au sein des établissements de santé sont des contractuels et très souvent à temps partiel, avec l'idée que les établissements de santé achètent du temps de psychologues et ne se préoccupent pas de la place institutionnelle et des paroles qu'ils pourraient porter au sein des établissements de santé. Quand nous écoutons les administrations hospitalières, puisque c'est important aussi de les entendre, ils disent évidemment « oui, c'est sans doute vrai ». Mais quelques phrases qu'on peut entendre, que vous entendez, qui sont importantes aussi à entendre, reste l'idée au fond que, certes tout cela est vrai, mais que les psychologues sont souvent, parfois trop souvent, en surplomb du fonctionnement institutionnel de l'hôpital : ils sont dans un ailleurs et peu ancrés dans des réalités de fonctionnement. C'est ce que nous entendons de certaines directions. Avec cette idée présente aussi, c'est peut-être dû au cursus, c'est peut-être dû à des convictions, que parfois l'exercice de la profession de psychologue à l'hôpital est davantage apparenté à une forme d'exercice libéral de la profession, qu'à un exercice pluridisciplinaire de la profession. Alors évidemment, l'une ou l'autre perception sont des caricatures et nous savons qu'il existe un ancrage de la profession à l'hôpital. Mais c'est ce que l'on entend et je dois avouer, par rapport à cette position de surplomb que, quand nous avons commencé à évoquer cette question de structuration institutionnelle, certaines réactions de certains de vos collègues nous ont amené à penser qu'il y en avait effectivement qui étaient en surplomb. Nous avons reçu par exemple quelques courriers au ministère que j'appellerais « pseudo lacaniens » et qui sont tout simplement purement réactifs, en se posant dans un ailleurs qui au bout d'un moment n'est plus nulle part. C'est bien au fond la difficulté à laquelle il faut que nous nous confrontions aujourd'hui collectivement.

Il y avait donc ce constat et en parallèle, sans être contradictoire, un autre : celui d'initiatives qui étaient prises, justement, pour lutter contre ce divorce, contre cette incompréhension entre les administrations et les psychologues, pour dialoguer, pour faire exister le corps des psychologues au sein des institutions hospitalières, par les psychologues eux-mêmes au travers, vous l'avez souligné, des collèges de psychologie. Mais, encore une fois, un collège de psychologie peut être complètement en dehors de toute vie institutionnelle. Quand je parlais d'initiative, c'était une initiative autour de collèges de psychologie qui, au fond, acceptaient de faire un pas vers l'institution et proposaient de travailler avec les directions hospitalières. Ce n'était plus simplement un lieu d'échanges entre professionnels mais un lieu qui se transformait en lieu d'échange avec les autres et notamment avec l'administration. Il y a eu aussi des initiatives prises par des directions d'hôpital, je crois qu'il faut le souligner, je ne vais pas les citer toutes, mais j'ai ce souvenir parce que je suis entrée dans ce dossier sur cette base, notamment sur des témoignages qui étaient ceux du CHU de Rennes, qui expliquaient comment il y avait eu une structure institutionnelle qui avait été voulue par le directeur général du CHU, avec des missions très claires qui avaient été définies, la façon dont, au fond, cela permettait d'engager un dialogue, d'avancer et de donner une place à la profession de psychologue à l'hôpital.

Ainsi, face à ce double constat, un divorce, une incompréhension, des difficultés et un constat que certains essayaient de dépasser ces difficultés en proposant des solutions innovantes au sein de l'institution hospitalière, nous avons voulu au travers de cette circulaire poser, non pas une

obligation mais une incitation à la profession pour prendre en main sa propre reconnaissance au sein des établissements hospitaliers. Je reprends ce que Benoît Schneider a pu dire et qui est inscrit clairement dans la circulaire, l'idée était de proposer de s'organiser en collectif, non pas d'aller travailler de façon individuelle chacun dans son service, mais de s'organiser, au sein du collectif de l'hôpital. C'est-à-dire reconnaître cette dimension de pluridisciplinarité, d'échanges, y compris quand les autres ne partagent pas la même culture, quand les autres ne sont pas dans la même conception du soin, avec l'idée que c'est cet échange qui peut nourrir les choses et qui justement débouche sur un projet commun. Autour de cette organisation du collectif, il y a évidemment derrière un enjeu extrêmement fort de la profession qui est de faire reconnaître l'apport des psychologues au sein des établissements de santé. Là aujourd'hui, dans l'isolement qui est la sienne, la reconnaissance de la profession est parfois déniée ou du moins laissée de côté. C'est un corps, au fond, dont on peut avoir l'impression qu'on pourrait se passer à l'hôpital ce qui est évidemment une erreur et c'est l'occasion aussi de le faire reconnaître.

Donc, nous avons travaillé avec les organisations représentatives, pendant plusieurs mois, à deux choses : premièrement, essayer de définir quel contenu pouvait avoir ce travail collectif, c'est-à-dire un collectif en lien avec l'organisation hospitalière. Pour faire quoi ? Benoît Schneider l'a dit, c'est d'abord parce que tous les établissements font un projet d'établissement et ces projets d'établissements se déclinent avec un projet de soin, projet médical, projet social, projet de management. Et puis nous nous sommes dit mais, au fond, la spécificité de ce soin porté par les psychologues, il n'est nulle part dans le projet d'établissement, est-ce qu'il n'y aurait pas un intérêt à porter un projet de psychologie ? Quel est l'apport des psychologues à la prise en charge du patient ? Et l'idée que ça pourrait être intéressant de travailler un volet du projet d'établissement, évidemment en lien étroit avec le projet de soin et le projet médical, a émergé. C'est un champ qui nous est apparu évidemment important et capital pour la reconnaissance de la profession.

Nous savons que les uns et les autres, par ailleurs, vont contribuer à des actions de formation, de recherche, mais là aussi parfois de façon très individuelle en fonction de vos rattachements à telle ou telle université, ou tel ou tel groupe de travail et de recherche. Il y a là aussi un deuxième champ de mission : l'intérêt pour cette organisation de proposer des travaux collectifs à la communauté hospitalière. Peut-on être force de proposition en matière de formation ? Ce n'est pas uniquement accueillir des stagiaires dans son service, c'est important d'accueillir des stagiaires, c'est aussi votre rôle, mais comment est-ce qu'on peut proposer des actions de formation à l'ensemble des professionnels de l'établissement qui, justement, vont permettre d'ouvrir d'autres corps professionnels à d'autres modalités de prise en charge ? Comment aussi peut-on imaginer avoir des projets de recherche, qui seraient des projets de recherche collectifs, attachés à un établissement, qu'on pourrait publier, qu'on pourrait diffuser et qui pourraient effectivement donner du sens aussi dans notre contribution à la prise en charge des patients ? C'est un point qui nous est apparu essentiel.

Enfin, plus à la marge de la clinique et de la psychologie, il est aussi essentiel que les psychologues participent à un certain nombre de problématiques de type administratif. Nous en avons cité deux mais nous pouvons évidemment en imaginer plein d'autres.

Premièrement, la question du recrutement des psychologues. Ce n'est bien évidemment pas recruter les psychologues, il ne s'agit pas d'entrer dans un processus où les psychologues se coopteraient et où le décideur et l'administration hospitalière ne seraient pas dans cette position qui est de décider de nommer et de choisir mais il s'agit de participer à l'éclairer. C'est, d'une part, aider à la réalisation de fiches de poste. C'est quoi une fiche de poste ? Comment formuler des compétences particulières pour des psychologues ? Comment aider à définir des profils de fonction et des fiches de poste en collaboration avec l'administration hospitalière ?

Comment contribuer lorsqu'il y a des concours organisés, je sais qu'il n'y en a pas toujours, pas assez sûrement, mais comment contribuer à définir les critères qui permettront au jury d'agir ? Comment contribuer à définir sa propre participation à ces jurys ? Les textes sur les concours ont été revus également, nous avons donné une place renforcée aux psychologues dans ces jurys ; ils sont maintenant deux. Nous avons souhaité que ce regard professionnel soit renforcé, mais justement pas par le regard d'un ou deux professionnels mais par le regard collectif d'une profession, travaillé conjointement et en commun.

Autre exemple, je sais qu'il fait débat dans la profession, mais c'est aussi pour cela que je le cite, c'est la problématique de l'évaluation. Il est tout à fait normal que tout agent de la Fonction Publique Hospitalière soit évalué. Et là-dessus plusieurs questions se posent, par rapport aux psychologues, qui me paraissent être de bonnes questions pour un collectif au sein de l'hôpital. Premièrement, évaluer sur quoi ? Tout hôpital a évidemment une grille d'évaluation qui est commune à tous ses personnels. Mais cela peut être aussi intéressant de travailler sur « quels types de critères, quels types de compétences, qu'est-il important de prendre en compte ? » On n'évalue certainement pas un psychologue comme on évalue un directeur adjoint, une infirmière ou un agent technique. Définir le regard porté sur l'activité des psychologues, c'est un point important. Il y a aussi à déterminer, et ce dialogue peut être intéressant avec l'administration hospitalière, qui évalue les psychologues. Parce que les psychologues sont « évaluables », comme tout agent, ils sont donc à évaluer. Il ne s'agit pas de s'affranchir de toute évaluation. Mais, je crois que cette évaluation doit être réalisée par des personnes qui connaissent aussi le métier, qui voient travailler le psychologue au quotidien.

Nous avons donc posé, dans la première circulaire, de façon claire, le fait qu'il ne nous apparaissait pas, pertinent, nonobstant la liberté d'organisation des établissements qui a été posée par la loi HPST, que le psychologue soit évalué par les cadres de santé paramédicaux, parce qu'ils n'interviennent pas exactement dans le même champ du soin. C'est un point posé qui nous paraît avoir du sens. Je ne suis pas sûre en revanche, et je ne vais pas vous dire par qui un psychologue doit être évalué, que l'idée d'être évalué uniquement par le DRH ait beaucoup de sens non plus, parce qu'au fond, il ne vous voit pas travailler au quotidien, et que c'est une façon d'éviter la question. Le travail d'un collectif de psychologues doit aussi s'interroger sur cette dimension évaluative. Comment est-on évalué ? Par qui ? Qu'est-ce qui a du sens ? Et faire des propositions qui ont du sens à une institution hospitalière, qui sinon, puisqu'il faut évaluer et que des procédures sont déjà en place, peut décider des choses sans tenir compte de tous les impératifs. Nous avons donc défini un contenu et nous nous sommes dits aussi, la circulaire le reprend, que ce contenu restait indicatif. Il n'est pas limitatif et c'est à chacun de le nourrir. Au-delà du contenu, nous nous sommes dits : c'est important que la profession s'organise, c'est important pour elle, pour sa place à l'hôpital, comment faire ? L'imposer ? C'est compliqué par rapport à la liberté d'organisation des hôpitaux d'imposer une organisation.

Une autre chose ne nous a pas incités à imposer une organisation, c'est ce que nous avons ressenti en termes d'interrogations de la profession, d'inquiétudes, de résistances de la part de la profession elle-même. Je vous ai parlé d'un certain nombre de courriers que nous avons pu recevoir et qui en témoignaient de façon très claire et, d'une certaine manière, nous n'avons, au contraire, rien voulu obliger, provoquer, brusquer : nous nous sommes dits que la meilleure méthode était d'engager cette expérimentation, de la tendre, comme un relai, à la profession elle-même, et de voir si elle s'en emparait pour relever, effectivement, le défi, de voir si cela intéressait la profession, si elle le prenait en charge, si elle le prenait à sa charge et si elle le faisait vivre. Globalement, je voudrais vraiment terminer là-dessus, cette expérimentation n'est pas la nôtre. C'est-à-dire que la DGOS, et ça il faut qu'on soit très clair, n'a rien à attendre de ces expérimentations, n'a rien à gagner de cette expérimentation, n'a rien à perdre si elle

échoue. Je crois que ceux qui pourront avoir à gagner ou à perdre, ce sont les psychologues eux-mêmes.

En revanche, nous avons la conviction et c'est pour cela que nous avons lancé cette démarche, qu'autour de cette structuration collective, la profession a tout à gagner : en lisibilité, en position institutionnelle, et en montrant que les psychologues assument cette position d'acteurs hospitaliers à part entière dans un dialogue assumé avec les médecins, les soignants représentés par la direction des soins, l'administration hospitalière, dans une place qui est une place « avec », même si elle est spécifique. Et c'est effectivement ce point, pour nous, qui est extrêmement important.

Nous avons laissé du temps au temps. Nous avons évoqué pour cette expérimentation, quand nous nous étions vus, un délai d'inscription très court : nous avons dit la circulaire paraît et nous allons laisser trois, quatre mois aux établissements pour se déclarer volontaires, pour entrer dans l'expérimentation. Nous avons pris l'option, en fait, de laisser un an, pourquoi ? Justement, et je crois que c'est pour ça que c'est une première journée, mais que ce n'est pas la dernière, pour laisser le temps à la fois aux administrations hospitalières, mais aux professionnels eux-mêmes de mûrir ce projet, de mûrir leur engagement, de bien peser s'ils veulent y entrer ou pas et pourquoi ? Et quelque part de s'y engager en toute connaissance de cause, sachant qu'évidemment, nous savons dès maintenant qu'il y a des établissements qui sont prêts, nous avons déjà un certain nombre d'établissements, CHS, CHU, mais aussi centres hospitaliers généraux, qui nous ont contacté pour dire « on y va » ; « nous sommes prêt à y aller » dans un accord avec les administrations et les psychologues. Nous savons aussi que certaines directions d'hôpitaux, comme certains psychologues hospitaliers ne sont pas encore prêts et il faut laisser ce temps de maturation et de maturité auprès de la profession. Donc, un an pour s'engager, c'est un an pour élaborer ce que peut être le sens de cette expérimentation, et pour s'y engager. Je souhaite véritablement que ce soit une occasion pour la profession de réengager un dialogue constructif avec les autres acteurs de l'hôpital et surtout de démontrer que la profession a une place qu'elle a toujours eu mais qui, effectivement, n'a peut-être pas toujours été visible au sein des institutions hospitalières. Encore une fois, nous tirerons les conclusions de cette expérimentation au bout de deux ans, avec les organisations représentatives, c'est-à-dire qu'elles seront associées au bilan et il n'y aura aucune obligation d'engager coûte que coûte une profession dans quelque chose qu'elle aurait refusée massivement en ne s'y engageant pas. En revanche, j'aurai à titre personnel, au sein de la DGOS, nous aurions, l'impression que c'est sans doute une chance perdue. Vous engagez, c'est ce à quoi sans doute nous souhaiterions vous inciter, et ce de quoi nous souhaiterions pouvoir vous convaincre dans les mois qui viennent. Je vous remercie de votre attention.



## Échanges avec la salle

**Patrick Cohen**

*Modérateur, FFPP*

Merci. Donc vous posez le cadre du débat et nous allons avoir un premier temps d'échanges. Vous avez démarré un point sur, je dirai, les craintes, ou les raisons pour lesquelles les psychologues sont assez rétifs ou plutôt opposés, mais elles n'ont pas été citées. C'est peut-être intéressant de rappeler quelles sont les craintes ou les oppositions et ce qui les fonde. Il y a peut-être des situations qu'on peut dénoncer à juste titre et il y a peut-être des situations qui posent de vraies questions de fond sur ce qu'est l'accompagnement, la prise en compte de la dimension psychique. Vous dites qu'effectivement la Dgos ne s'engage pas et on le reconnaît au travers de votre discours, néanmoins vous fléchez le parcours et donc je vais juste rappeler quelques points que vous avez cités, pour lancer le débat.

Donc la première question que vous lancez, c'est la place des psychologues et notamment la notion de projet de psychologie ou de service de psychologie : ce serait intéressant qu'on réagisse sur cette première question. Ce serait quoi, un projet de service ou de prestations psychologiques ? Vous avez pointé aussi la question de la place des psychologues dans l'institution ; à quel niveau ceux-ci peuvent être associés ? Vous avez parlé de recrutement, vous avez parlé de formation, vous avez parlé de recherche, voire de sélection. Donc, là aussi, comment nos collègues vont réagir ? La ré-interrogation du temps FIR et enfin, je ne reprends pas tout bien sûr, le point de l'évaluation avec les deux aspects : qu'est-ce qu'on peut évaluer concernant un psychologue et qui peut l'évaluer ? Sur lesquels, là aussi, il est intéressant d'entendre les réactions. C'est très court mais cela permet de relancer le débat tout de suite.

**Brigitte Guinot**

*FFPP*

Juste une petite précision. Il ne s'agit pas de la dimension psychique dans le préambule de la loi : ce qui a été supprimé, c'était la dimension psychologique, et si cette dimension psychologique figurait dans le texte, c'est que, justement dans les années 90, il y avait eu ce fameux statut des psychologues de la Fonction publique hospitalière. Il y a eu tout un travail et une reconnaissance des psychologues qui avait été pris en compte, et c'est vrai qu'avec la loi HPST cela a été supprimé. Mais, il ne s'agit pas de dimension psychique mais bien de dimension psychologique.

## **Marie-Armelle Mubiri**

*Hôpital Trousseau APHP, Coordinatrice de la fédération des collèges de l'APHP<sup>1</sup>*

Il y avait deux points qui ont pu être difficiles pour nous dans ces négociations. C'est d'abord que l'avis des fédérations de collègues n'ait pas été sollicité : nous représentons trente collèges avec un effectif de psychologues relativement conséquent. Ensuite que, comme pour d'autres Assistances Publiques, en fait, ce sont des regroupements d'hôpitaux et, personnellement, j'aurai voulu savoir quelle était l'implication des directions des hôpitaux. Nous avons rencontré après la parution de la circulaire, Monsieur Burdet, qui est le Drh<sup>2</sup> de l'Aphp : il n'était pas très au courant de cette circulaire et il nous a renvoyé immédiatement sur chaque directeur d'hôpital. Ceux-ci n'étaient pas beaucoup plus au courant. Quelle était l'implication des directions d'établissements pour la construction d'un projet avec les psychologues ? Parce que chaque collègue travaille avec sa direction, mais en même temps, nous ne savons pas très bien ce que ces directions peuvent avoir en tête à ce sujet ou ce qui a été dit des travaux en cours.

## **Michèle Lenoir-Salfati**

*Dgos*

Alors, sur les deux questions. Effectivement, notre choix était de travailler avec les structures représentatives au niveau national, c'est-à-dire avec les organisations syndicales. Je réponds juste à la première partie de la question, la seconde est plus importante, c'est un choix assumé et j'ai l'intuition que c'est par ce choix assumé que nous sommes parvenus à avancer. Il y avait eu autour de la profession de psychologue - je n'étais pas au ministère de la santé à cette époque-là - d'autres négociations qui avaient démarré trois ou quatre ans auparavant, qui avaient associé très largement l'ensemble de la représentation des psychologues et qui n'avaient pas pu aboutir parce qu'effectivement vos différentes formes de représentation portent des avis très différents, qu'à un moment le consensus ne pouvait pas se faire et qu'il fallait resserrer le champ de la concertation. Donc, nous l'avons resserré sur les organisations syndicales représentatives, nous l'avons resserré sur les organisations professionnelles, puisque, comme je vous l'ai dit, le débat a été maintenu. Mais, pour le ministère de la Santé, les différentes associations existantes dans les différents établissements, je le dis avec beaucoup de clarté, ne sont pas des partenaires de négociation. Dans une négociation, il y a des règles et cela se passe avec des organisations représentatives.

Sur l'implication des directeurs d'hôpitaux, au fond leur niveau d'information est le même que le vôtre, c'est-à-dire qu'on a effectivement rencontré la Fédération Hospitalière de France pour les informer de cette démarche. Nous répondons à des questions de direction d'hôpital mais nous n'avons donné aucune consigne aux directeurs d'hôpitaux pas plus qu'aux psychologues, c'est-à-dire que c'est bien l'idée qu'ils sont eux aussi « libres » de prendre, de ne pas prendre en fonction du sens qu'ils souhaitent donner à la démarche au sein de leur hôpital. Donc, nous avons informé, nous avons dit que cela existait, nous avons communiqué les objectifs mais c'est incitatif sans être directif. Je vous rappelle, par ailleurs, que l'administration centrale n'est pas la tutelle des établissements de santé, qu'il y a une autonomie d'organisation et de décision au sein des établissements de santé et que ce sont bien les communautés hospitalières qui doivent prendre cette décision. Je ne l'ai pas dit, mais dans la circulaire, il est clair que c'est la direction et les psychologues, et qu'il y a un avis à demander au CTE<sup>3</sup>, c'est-à-dire que là aussi on remet au cœur des discussions les organisations syndicales. Et il y

---

1. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

2. Direction des Ressources/Relations Humaines

3. Comité Technique d'Etablissement

a un autre partenaire qu'il est extrêmement important, je crois, de prendre en considération dans un dialogue, c'est la CME<sup>4</sup>, puisqu'effectivement, il faut que l'ensemble des acteurs puisse être interrogé et considéré. Les directeurs sont donc informés, à eux de s'en saisir.

### **Brigitte Frosio Simon**

*Psychologue dans un centre hospitalier général*

Je voulais brièvement témoigner du fonctionnement d'une unité de psychologie qui fonctionne depuis vingt ans. Je suis, pour ma part, contente de ce qui est en train de se passer actuellement, parce que notre fonctionnement en unité de psychologie a quand même permis d'aller régulièrement en CME, de monter des projets d'unité de psychologie dans le cadre du projet d'établissement. Nous avons pu continuer à travailler, à nous former, on ne nous a jamais trop embêtés à partir du moment où, effectivement, nous avons pris en main et en compte notre fonction et l'hôpital dans sa globalité, ainsi que la loi HPST. C'est-à-dire que nous avons aussi été nous former sur la loi HPST, nous étions bien déçus de voir que les psychologues n'avaient plus de place, bien déçus de se rendre compte aussi que notre diplôme est dévalorisé ; nous sommes passés d'un diplôme de troisième cycle à un diplôme de master.

Ceci dit par rapport à l'expérimentation, nous étions très partants, la direction était partante en nous disant « vous vous en occuperez ». D'accord, nous téléphonons à l'ARS, un chargé de mission très sympathique me dit : « j'ai eu Mme Lenoir-Salfati au téléphone », donc je suis très contente de vous voir, parce qu'il me dit que vous lui auriez précisé que le référent de l'expérimentation ne pouvait être qu'un administratif, j'étais donc très embêtée et je voulais avoir des précisions.

### **Michèle Lenoir-Salfati**

*DGOS*

Alors, sur le témoignage je crois que c'est important de montrer comment cela peut fonctionner, l'apport que cela peut avoir... Deux petites réponses par rapport à ce que vous dites de votre absence de la loi HPST. Je crois qu'il faut vraiment, moi je suis ravie de l'attention avec laquelle vous lisez les lois, parfois avec plus d'attention qu'il ne faut les lire. Il n'y a aucune volonté d'évacuer la dimension psychologique de l'hôpital autour de cette petite phrase, nous l'avons dit. Les lois s'écrivent et parfois des choses sautent sans intention. La place des psychologues est reconnue, je crois que si nous devons re-débattre, et c'est des questions qui sont en débat aujourd'hui, d'une grande politique et d'un grand plan de santé mentale en France, la place des psychologues, devra être prise en compte, en charge et il est hors de question de l'évacuer. Le sujet n'est au fond pas celui-ci.

Sur la rétrogradation de six à cinq, c'est la problématique du LMD<sup>5</sup>, c'est arrivé à tout le monde, j'ai envie de dire. Moi, à l'origine, oui personne n'est parfait vous voyez, je suis dans le champ des sciences humaines !! Un DEA<sup>6</sup> de philosophie, j'ai été en troisième cycle, maintenant c'est un master et je me retrouverais en second cycle. Mais là encore, il n'y avait pas d'intention de faire quelque chose aux psychologues, c'est la problématique du LMD.

Sur l'expérimentation, la question du référent. Non, le référent est désigné par l'établissement. Effectivement, ce qu'on a dit de façon très claire aux ARS et aux chefs d'établissement, c'est que pour s'engager dans l'expérimentation, il doit y avoir accord conjoint des parties. Ce

4. Commission Médicale d'Établissement

5. Licence Master Doctorat

6. Diplôme d'Études Approfondies

ne sont pas des psychologues seuls qui peuvent s'inscrire sur le site. Il faut que la direction soit d'accord, qu'elle s'engage et que les instances aient pu être consultées autour de cette expérimentation. Après le référent sera celui que l'établissement désigne en bonne et due forme pour suivre l'expérimentation.

### **Thierry Lottin**

#### ***Direction d'un département de psychologie en Belgique***

Ma première remarque c'est que je me réjouis de voir qu'ici, en France, on a émis une circulaire qui en fait va probablement pouvoir soutenir, en tout cas c'est ce que je vous souhaite, votre organisation de psychologues à l'hôpital. Parce qu'en Belgique ce n'est pas le cas, ça veut dire qu'en Belgique nous devons tirer notre plan tout seul, et nous devons nous mêmes négocier avec les directions ce qui n'est pas toujours évident, et donc ici par exemple vous disiez que vous avez informé les directions des hôpitaux : c'est une très bonne chose que les directions d'hôpitaux sentent qu'il y a une volonté ici, de la DGOS.

La seconde remarque que je voudrais faire, c'est par rapport au fait que, Madame, en faisant allusion aux collègues - j'ai entendu parler du fait qu'ici en France vous vous organisez en collègues- , vous avez soulevé le point le plus délicat concernant ces collègues à mon avis, c'est qu'ils risquent de se refermer sur eux-mêmes. Ils ne sont pas obligés d'être ouverts sur l'institution et de s'imbriquer, s'insérer dans l'institution, c'est vraiment important, me semble-t-il. En tout cas, si j'ai bien compris, les collègues sont relativement démocratiques, ils ont une coordination, je ne sais pas très bien ce que vous en faites, mais quoi qu'il en soit dans mon expérience personnelle, maintenant ça fait plus de 10 ans que je dirige comme cela un département de psychologie, je crois qu'il est très important d'avoir un responsable. Parce que, à différentes questions que vous avez posées madame, je pense que cela pourrait être utile d'avoir cette idée en tête, que peut-être il est nécessaire d'avoir un responsable psychologue pour des psychologues, et personne d'autre.

### **Vincent Perrier**

#### ***Représentant du collège des psychologues du CHS d'Uzès dans le Gard***

Je relaie un questionnement en fait de la direction du CHS à propos de l'intentionnalité de la DGOS en proposant cette circulaire. La question est : devant une réalité qui n'est pas une question de surplomb, une réalité qui est la baisse à assez courte échéance du nombre de psychiatres, qu'ils soient pédopsychiatres ou psychiatres pour adulte, quelle place justement pourront prendre les psychologues dans les CHS ? Et, du coup, ce qui pourrait sous-tendre la création de ces collèges, ou de ces services, on entend plein de vocabulaire autour de ces organisations de psychologues, et justement qui va poser la question du rôle des psychologues devant cette baisse des psychiatres et du coût des responsabilités qu'ils vont devoir se partager ?

### **Michèle Lenoir-Salfati**

#### ***DGOS***

C'est un vaste sujet. Par rapport à cette question de complémentarité, alors premier point, je rebondis aussi sur ce que disait le monsieur de Belgique, toutes les questions que vous avez commencé à poser en filigrane, c'est-à-dire : est-ce qu'il faut une collégialité à la tête de cette structure ? Est-ce qu'il faut un responsable ? Est-ce qu'ils doivent être nommés ? Est-ce qu'ils doivent être élus ? Ce sont évidemment des questions que nous nous sommes

largement posées, nous avons justement dit « voyons comment, spontanément, les personnes vont s'auto-organiser ? ».

De même, vous parlez d'emblée de « services de psychologie », je ne sais pas si cela doit être un service de psychologie. Justement, la loi HPST ouvre la possibilité de plusieurs formes de structuration institutionnelle et ce n'est pas nécessairement faire un service, un pôle ou une unité fonctionnelle spécifique à la psychologie. Nous laissons, là aussi, l'ouverture à la négociation et à la créativité institutionnelle.

Pour répondre à votre autre question, j'évoquais tout à l'heure de remettre sur la table une politique de santé mentale et la question de la place des psychologues dans la prise en charge des patients en France, qui est une autre question que je ne lierai pas nécessairement à celle-ci. Une chose est sûre, vous n'êtes pas considérés, au sens du code de la santé publique aujourd'hui, comme une profession de santé, même si vous êtes une profession qui intervient dans le champ de la santé. Donc, à ce titre, ce qui s'est ouvert pour d'autres professionnels de santé que les médecins, autour de l'article 51 de la loi HPST, c'est la possibilité d'avoir des protocoles de coopération sur un certain nombre d'actes ; mais ce n'est pas possible pour les psychologues. Donc, cette forme de travail autour de la complémentarité n'existe pas. Après, je crois que dans le cadre d'une réflexion autour de la santé mentale en France, il sera important, et pas nécessairement par rapport à la démographie médicale - je crois que c'est une question qui se pose en soi - de réengager un travail particulier sur la place du psychologue dans la prise en charge des patients. C'est une réflexion en soi, nous sommes plutôt, là, dans la question de la reconnaissance institutionnelle, y compris dans les missions actuellement assumées au sein des établissements de santé. Mais la question est importante et, à l'évidence, elle mérite d'être poursuivie dans les années qui viennent.

### ***Joëlle Frouard***

#### ***Psychologue à Somain***

Je travaille dans un tout petit établissement dans le Nord, à Somain plus précisément. Je suis arrivée de la région parisienne et nous sommes passés, pratiquement, d'un à dix psychologues en quelques années. D'abord, je voulais vous remercier parce que ces négociations que nous avons engagées avec d'autres représentants nous ont permis de valoriser notre profession. Une profession qui est parfois fort dévalorisée. Il y a encore dans certains endroits, je pense à Douai par exemple, de nombreux psychologues qui ne sont pas titularisés, qui ont du mal à s'organiser et qui sont mal considérés, c'est-à-dire mal payés, on leur envoie souvent des patients qui sont très peu ou très mal pris en charge par les équipes soignantes. Et ce qui se passe pour nous actuellement, c'est aussi quelque chose de très politique, c'est-à-dire que cette possibilité que vous nous donnez de s'organiser nous permet, il y a des enjeux par rapport au pouvoir, de préserver une parole libre. C'est très important dans l'hôpital aujourd'hui que les psychologues puissent continuer à penser, comme le disent mes collègues à « penser » et à « panser », le soin et donner la possibilité à des soignants, des infirmières en particulier de se faire entendre et d'avoir une parole qui s'intercale entre l'administratif, les psychiatres et les infirmiers.

## Organisation, secteur et pôle

**CHRISTIAN MÜLLER**

Président de la Conférence des Présidents de CME des CHS

Monsieur le président, Madame la représentante de la DGOS, Madame Gladys Mondière, Mesdames et Messieurs, je suis très heureux effectivement d'intervenir auprès de vous aujourd'hui, en cette ville de Lille chère au cœur de certains d'entre vous et de moi-même, puisqu'effectivement je trouve très symbolique que nous organisions ces événements dans une ville qui est si engagée dans la promotion de la psychiatrie et de la santé mentale.

Je suis donc président de la conférence des présidents de CME des CHS, c'est-à-dire pour ceux qui ne le sauraient pas, la représentation institutionnelle des établissements mono disciplinaires du point de vue des présidents de CME, donc psychiatres. J'espère que l'intervention qui doit concerner « Organisation, Secteur et Pôle » ne sera pas trop en décalage, je ne pense pas, avec ce qui vient d'être dit. Parce que je voudrais quand même faire part d'un certain nombre de problématiques qui sont d'une très grande actualité pour le domaine large de la psychiatrie et de la santé mentale.

D'abord, rappeler le contexte de ce qu'on appelle – vous savez sûrement que c'est en cours actuellement – la démarche du Pacte de Confiance pour l'hôpital. Je vais en dire quelques mots parce que nous sommes justement dans l'attente de la rédaction du rapport d'Édouard Couty ; je vais vous re-contextualiser cette affaire-là. À l'occasion du discours du 7 septembre 2012, Madame Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, a lancé cette démarche du Pacte de Confiance pour l'hôpital. J'insiste sur le terme puisque, pour nous qui sommes et qui travaillons en psychiatrie publique, évidemment le terme ne correspondait pas tout à fait à une réalité à l'œuvre depuis des années, puisque la plupart de notre activité est bien évidemment au-delà même de l'hôpital, mais j'espère pouvoir y revenir. Donc, mise en place et lancement du Pacte de Confiance sur une thématique qui d'emblée nous a tout à fait intéressée puisqu'il semblait que la notion de service public hospitalier était réintroduite dans la loi – je vous rappelle que la loi HPST l'avait mise un peu de côté –, et afin, disait la Ministre, de prendre en compte les spécificités des missions et des patients de l'hôpital public. Fin de la convergence tarifaire public/privé, ce qui n'est pas rien, amélioration de la tarification à l'activité, la fameuse T2A, pour améliorer la qualité des soins et la transparence du financement. Devant ce préambule, évidemment que la conférence a été tout à fait partie prenante, si vous voulez, de ce Pacte de Confiance, en sachant que, sur la forme, trois groupes de travail allaient être mis en place. Je rappelle que Édouard Couty, qui a la responsabilité de l'ensemble de cette démarche est bien connu par ailleurs des acteurs de psychiatrie/santé mentale puisqu'il avait établi un rapport que

Gladys Mondière connaît bien puisqu'elle a participé aussi, ainsi que d'autres, à ces travaux. Édouard Couty, Conseiller d'État, grand connaisseur du monde hospitalier évidemment, est bien connu. Donc trois groupes de travail, j'insiste sur ces groupes de travail parce que déjà leur définition donne une idée des axes : le service public hospitalier dans le système de santé, le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines pour le deuxième groupe, et enfin l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital. On voit que ces trois groupes qui étaient présidés d'ailleurs pour chacun d'entre eux par des personnes très estimées me semble-t-il dans la profession, à savoir Madame Devictor présidente de la Conférence Nationale de Santé, pour le premier groupe, Danielle Toupillier, bien connue, directrice générale du Centre National de Gestion, pour le groupe sur le dialogue social, et Monique Cavalier qui est une directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne. La démarche est lancée, nous y avons participé, les psychologues d'ailleurs aussi y ont participé, et un pré rapport a été présenté le 9 janvier 2013 par Édouard Couty. Pré rapport qui nous a confirmé un certain nombre de points qui avaient été abordés bien sûr à l'occasion de la démarche dans les trois groupes et qui allaient plutôt, nous semble-t-il, dans le bon sens. À savoir, première chose peut-être pour commencer, des propositions de modifications de la gouvernance hospitalière sans remettre pour autant, et c'est important, en cause la loi HPST elle-même, proposition de mise en place de Conseil d'Établissement avec pouvoir de délibération à la place des Conseils de Surveillance, enfin toute une série de modifications sur lesquelles je ne vais pas entrer dans les détails. Si vous voulez, une nouvelle façon de voir le fonctionnement de l'hôpital avec une distance prise, manifestement, avec la vision entrepreneuriale de l'hôpital, et ça je crois que tout le monde ne pouvait qu'être d'accord avec cette vision des choses. Pour ce qui nous concerne, dans le domaine propre à la psychiatrie, nous y avons vu quelques points très importants et nous espérons qu'on retrouvera ces points dans le rapport définitif, à savoir, et ce n'est pas une chose secondaire, la confirmation de la place du secteur comme base de l'organisation des soins en psychiatrie territoriale, la question essentielle d'une loi de programmation et d'organisation pour la psychiatrie, et enfin un aspect qui est loin aussi d'être secondaire, une spécificité d'allocation de ressources, c'est-à-dire une prise de distance et la reconnaissance pour les pathologies chroniques dont la psychiatrie, du caractère difficilement applicable de la T2A. Voilà le contexte actuel, c'est-à-dire que nous sommes dans l'attente du rapport définitif qui sera présenté, bien évidemment, au Ministre de la Santé qui ensuite engagera des négociations pour enfin donner les nouvelles formes de l'organisation de l'hôpital. Voilà donc en préambule pour le contexte.

Pour ce qui concerne la psychiatrie en elle-même, un autre élément, me semble-t-il important, a été, je crois, évoqué tout à l'heure, c'est le plan psychiatrie / santé mentale 2011-2015. Alors, je voudrais m'arrêter un instant sur ce plan pour bien vous en dire, si vous ne le savez déjà, l'importance. Parce que c'est le deuxième du nom, il y avait déjà eu un premier plan psychiatrie/santé mentale 2005-2008, mais ce plan psychiatrie/santé mentale qui avait d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation par le Comité de Santé Publique, et bien ce plan psychiatrie/santé mentale 2005-2008 est très différent du second actuellement en cours. En effet ce plan psychiatrie/santé mentale 2011-2015 s'inscrit dans la suite de toute une série de textes : le rapport Couty 2009, j'en parlais tout à l'heure, le rapport très important de la Cour des Comptes de décembre 2011 sur l'organisation des soins psychiatriques, si vous ne l'avez pas fait, lisez-le, il est très bien fait, le rapport annuel du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté 2011 qui est aussi, je pense, tout à fait important à connaître, la loi de 2005 sur la reconnaissance du handicap psychique et enfin, ce n'est pas la moindre, la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement, bien sûr la loi HPST. C'est donc le premier plan postérieur à la réforme de l'organisation territoriale des ministères de santé portée par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui va confier aux ARS le pilotage local des politiques sanitaires et médico-sociales. Ce déplacement est encore une fois très important à repérer parce que

c'est une évolution qui va dans le sens de ce qu'on appelle la démocratie sanitaire, qui passe le relai aux acteurs territoriaux, et là aux acteurs régionaux pour mettre en place les grandes orientations du plan de santé mentale. On a souvent d'ailleurs reproché à ce plan de santé mentale de ne donner que des orientations générales, mais c'était son rôle. Ses principes de base ont été définis à partir d'une concertation très large, à laquelle certains d'entre vous ont participé. Autrement dit, toute la phase de déclinaison du plan de santé mentale à l'œuvre dans toute l'année 2012 par les fameux PRS<sup>1</sup>, et bien a fait l'objet, dans chaque région, de concertations avec plus ou moins de bonheur. Hier, à l'occasion de la journée hospitalière de France, nous présentions un rapport sur comment les choses s'étaient passées, c'est-à-dire comment le plan santé mentale avait été approprié ou non dans les régions. Le bilan était mitigé, il y a des régions où ça a très bien fonctionné, et si ça vous intéresse je vous en reparlerai, et des régions où ça a été bien plus compliqué, donc, de façon très hétérogène, il nous a semblé qu'un pilotage national, qui d'ailleurs avait été évoqué en son temps, était peut être là un petit peu insuffisant. Ce préambule pour vous dire que nous sommes aujourd'hui dans un moment extrêmement important de penser justement l'organisation de la santé dans le pays.

Alors pour ce qui nous concerne, nous présidents de CME, quelle est notre préoccupation du moment vis-à-vis du sujet que vous souhaitez aborder, à savoir les secteurs, les pôles ? Tout d'abord, dans le pré-rapport d'Édouard Couty, il reste une grande imprécision, sans doute volontaire à ce moment-là, quant à l'organisation même et à l'utilisation des termes. Il y a eu beaucoup de débats à savoir au fond si nous gardons les pôles ou si nous ne les gardons pas et est-ce qu'on passe aux services. Vous connaissez tous ces sujets. Édouard Couty est resté extrêmement prudent sur le sujet, il a en tout cas confirmé ce qui a été évoqué aussi tout à l'heure, à savoir la grande économie des établissements qui pourraient même, a-t-il dit, le jour de la présentation du pré-rapport, dénommer eux-mêmes les unités fonctionnelles qu'ils souhaiteraient mettre en place dans leurs établissements. Autrement dit sur ce sujet-là on n'en sait pas beaucoup aujourd'hui, mais quoi qu'il en soit, il semblerait qu'une grande liberté soit laissée aux établissements.

Je voudrais aussi vous parler de la publication du rapport de monsieur Delarue, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, sur les situations concernant les personnes en UMD<sup>2</sup>. Nous connaissons tous ce genre de situations : des secteurs qui sont extrêmement réticents à reprendre des personnes qui ont été adressées en UMD, sur l'argument qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer au retour de la personne, les soins nécessaires dans les risques présentés. La première impression que j'ai eue en lisant ce rapport c'est que, voilà nous y sommes, c'est-à-dire les personnes qui ont des pathologies, qui sont passées par des UMD, qui doivent en revenant être soignées dans les secteurs, c'est bien la question de penser le soin, et bien on ne s'y engage pas, je le dis ici en quelque sorte entre nous. C'est un vrai problème parce que c'est notre travail. Donc si vous voulez, dans ce contexte-là, l'évolution sémantique psychiatrie / santé mentale me paraît une dérive et je crois qu'il faut réinvestir la question du soin, réinvestir la question de la clinique, et bien sûr qui travaille la clinique dans les établissements sinon les psychologues et les psychiatres, et d'autres. Je voudrais insister sur ce point parce que nous avons aussi à travailler cette question avec les infirmiers. Les infirmiers doivent être soutenus dans le travail aujourd'hui que nous souhaitons mettre en place et c'est un sujet que je voulais aborder avec vous, de ce que nous appelons désormais, nous du côté des secteurs et des CME<sup>3</sup>, le secteur rénové. Le secteur, aujourd'hui, je pense qu'il a fait ses preuves. Je pense qu'issue de l'idéologie des lumières, issue des réflexions menées pendant la Seconde Guerre

---

1. Programmes régionaux de Santé

2. Unité pour Malades Difficiles

3. Commission Médicale d'Établissement



mondiale, et sur la base des drames qui s'y étaient déroulés, nourrie des travaux exceptionnels des cliniciens dans les années 50-60, toute cette démarche de pensée du secteur, je pense qu'il faut la promouvoir, je pense qu'il faut en être fier, qu'il faut la connaître, qu'il faut la partager et qu'il faut voir aujourd'hui comment les articuler aux nécessités qu'il faut bien reconnaître qui sont les nécessités de la qualité et de la sécurité des soins. Je pense qu'il n'y a jamais eu d'antinomie entre ces exigences-là. Je ne pense pas du tout que ce soit en contradiction avec le développement de la pensée clinique et sa promotion. J'insiste vraiment sur ce sujet. Sans doute que la Conférence des présidents de CME viendra à prendre contact avec vous au moment opportun, c'est dire quand on aura déjà nous, du côté des conférences de présidents, suffisamment déjà jeté les grandes lignes de ce qui est au fond un corpus de doctrines du secteur, il n'en existe pas, c'est un gros travail. C'est une chose très simple en apparence, comment doit-on faire fonctionner par exemple un Centre Médico Psychologique, est-ce que nous avons cette base-là ? Nous ne l'avons pas, il y a des principes, et lorsque nous rencontrons nos partenaires au ministère, ils nous disent « mais pourquoi cela marche comme cela à tel endroit, et différemment ailleurs ? ». Bon, qu'est-ce que c'est cette discipline psychiatrique où il y a autant de conceptions de la psychiatrie quasiment, que de psychiatres ? Et comme parfois les psychiatres changent d'avis, il y aurait même plus de conceptions que de psychiatres ! Je crois que ce n'est pas la réalité, je crois que la réalité aujourd'hui dans le travail quotidien, est que nous pouvons être d'accord à peu près à 80%. 80% des psychiatres, des psychologues, et d'autres professionnels peuvent être d'accord sur une façon de faire fonctionner le secteur. Je crois qu'aujourd'hui plus personne ne peut remettre en cause la nécessité de recevoir une personne quand elle se présente, il n'est pas question de lui donner un rendez-vous trois semaines après. C'est un principe absolument nécessaire mais qui rencontre la personne en CMP ? Est-ce que c'est une secrétaire ? Est-ce que c'est une assistante sociale ? Est-ce que c'est un ou une psychologue ? Un infirmier ? Toutes ces questions-là, il faut bien que nous les ayons en quelque sorte travaillées ensemble pour dire, encore une fois avec la référence dont nous n'avons pas à rougir, de la clinique, de la thérapie institutionnelle dans ce pays. Sur quelle base construire ces éléments-là ? Le CMP, l'hôpital de jour, etc. Je ne fais pas le détail. C'est ce que nous appelons nous le secteur rénové. Nous tenterons de mettre en place, je dis bien tenter, des sortes de cahiers des charges pour l'ensemble de ces structures, mais bien au-delà sur la question du fonctionnement même des secteurs. Un autre exemple, comment fonctionnent nos équipes ? Est-ce que par exemple les psychologues que vous êtes interviennent ou sont représentés à un moment ou à un autre dans les réunions de secteur, c'est-à-dire dans des moments où l'équipe doit, et c'était je vous le rappelle dans les propositions des pères fondateurs du secteur, travailler ensemble. Mais travailler ensemble nécessite toute une série de choses. À quel moment est-ce que, dans chaque secteur, il y a une réunion ? Nous pensons que le rythme doit être hebdomadaire, pour une réunion de réflexion sur la politique de secteur menée sur le territoire du secteur. Il faut bien qu'on s'explique, une réunion commence à l'heure, finit à l'heure, c'est déjà une révolution. Mais il faut être devant ces exigences-là. Si dans ces réunions le psychologue ou la psychologue doit être présent, il faut le dire et il faut venir. C'est-à-dire que si la psychologue n'est pas là, c'est peut être une personne qui est indispensable donc la réunion ne peut pas avoir lieu. Excusez-moi de rentrer dans ces détails, mais je pense que c'est au fond l'enjeu réel aujourd'hui, c'est un pragmatisme de fonctionnement qui ne doit pas être délié des principes fondateurs et de la conception que nous avons dans ce pays du soin psychique.

Pour terminer, dernier point, je l'ai abordé à un moment. C'est la question de la suite, c'est-à-dire : le rapport Couty. La psychiatrie n'était pas au départ concernée par la loi HPST – c'est ce qui nous avait été dit par les autorités les plus élevées du pays –, on a bien vu ce qui en a été. Édouard Couty nous a dit :

*« La psychiatrie, plus précisément le secteur, devrait faire l'objet d'une loi en précisant les aspects d'organisation, parce qu'il y a des exigences de couverture nationale, notamment pour la prise en charge des soins sans consentement. »*

Il faut être extrêmement clair, nous ne savons pas aujourd'hui si cette loi sera une loi spécifique pour la santé mentale. Une loi spécifique pour la santé mentale me paraît personnellement extrêmement compliquée, extrêmement lourd à mettre en place ; le calendrier parlementaire est contraint et je crains qu'avec une loi spécifique pour la santé mentale et la psychiatrie, pour son organisation en tout cas, nous soyons dans un calendrier à plusieurs années, c'est-à-dire, peut-être, jamais. Vous savez qu'une loi est en préparation sur la thématique de la santé publique et peut-être que la psychiatrie pourrait être concernée à ce niveau-là. Mais là aussi la crainte, il y a toujours une crainte de quelque chose de toute façon, c'est qu'on soit complètement perdu dans une loi plus générale. J'espère avoir été clair et vous avoir montré les préoccupations que nous avons aujourd'hui et nous irons sans doute au-devant de vous à l'occasion des travaux que nous menons actuellement sur le secteur rénové.

# Un psychologue, ça coûte, ça cote ?

**FRANÇOIS LEQUIN**

Directeur adjoint de l'EPSM Agglomération Lilloise

Vous êtes réunis ce jour afin d'évoquer notamment l'organisation de votre métier. En tant que directeur financier, je vais vous donner des informations sur le coût d'un psychologue, sur la question du codage de vos actes afin de vous donner des éléments pour vos débats. Parler de coût et de codage des actes renvoie bien sûr à des chiffres, mais je vais essayer de ne pas trop vous assommer par une montagne de chiffres en sachant cependant que dans le monde hospitalier et plus particulièrement pour votre profession des « fantasmes » sur votre salaire et sur votre activité sont parfois et même trop souvent diffusés. Par exemple, vous avez vraisemblablement déjà entendu que vous êtes fort bien payés pour ne pas faire grand-chose ! Qu'en est-il donc du coût d'un psychologue qui n'est de fait que le salaire perçu en contre partie de la reconnaissance d'un travail qui génère une activité et devez-vous rendre compte de votre activité à une institution qui vous rémunère ? Voici donc les deux points que je vais développer.

## Coût d'un psychologue

---

Je n'aborderai bien sûr ici que le coût d'un psychologue de la FPH. Vous débutez à un indice de 349 en classe normale alors que l'indice final dans cette grille est de 658 et 783 si vous êtes en fin de carrière en hors classe. L'indice correspond à un nombre de points et votre salaire est calculé en multipliant ces points par la valeur du point qui est identique pour tous les professionnels. Très concrètement cela représente un net à payer de 1 450 € par mois (hors prime de service) en début de carrière, de 2 800 € en fin de carrière pour un psychologue en classe normale et de l'ordre de 3 400 € en fin de carrière pour un psychologue hors classe, toujours hors prime de service. Ce coût ne représente pas le coût total supporté par l'établissement car ce dernier doit tenir compte des charges sociales. Alors, êtes-vous donc bien rémunéré ? Sans aller dans le détail, votre salaire pour votre fonction est bien inférieur par exemple au salaire des psychologues dans d'autres pays européens (ex : Allemagne où le psychologue peut avoir un salaire légèrement inférieur à un psychiatre non chef de clinique). En revanche, il est tout à fait possible de comparer dans la FPH les salaires des agents non médicaux de catégorie A. Il est vrai que les directeurs ont à ce jour un salaire assez proche de celui des praticiens hospitaliers sans cependant bénéficier, pour un directeur, d'une possibilité

d'activité libérale, ni de deux demi-journées d'intérêt général. Pour simplifier, nous trouvons en catégorie A les attachés d'administration hospitalière (anciennement chef de bureau, qui est l'adjoint du directeur), les ingénieurs pour la partie logistique, les infirmiers depuis peu, les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé même si ces deux derniers postes ne sont pas accessibles aux débutants.

D'une manière générale, les attachés et les ingénieurs débutent globalement au même niveau qu'un psychologue (même indice), cependant les primes attribuées à ces deux catégories que la réglementation ne vous permet pas d'obtenir peuvent conduire à un salaire légèrement supérieur.

En revanche les infirmiers débutent avec un indice un peu inférieur au vôtre (335 / 349), mais des primes spécifiques leurs sont attribuées comme la prime du dimanche. En résumé, un salaire relativement homogène en début de carrière, même si pour les infirmiers les contraintes de planning sont différentes des autres catégories évoquées ci-dessus. Qu'en est-il en fin de carrière ? Pour les psychologues en classe normale, un salaire identique à celui d'un attaché, pour un psychologue hors classe un indice identique à celui d'un attaché principal (deux grilles pour cette catégorie) alors que l'indice d'un infirmier en fin de carrière est de 570 (658 pour un psychologue en classe normale) mais avec des primes que vous n'avez pas. Pour les cadres ou cadres sup, un indice en fin de carrière de 611 et 642, mais prime paramédicale + prime d'encadrement. Enfin, pour les ingénieurs qui sont sur une grille différente, si un ingénieur travaille dans un établissement important (budget), son indice terminal peut aller jusqu'à 1058 (783 psycho hors classe) + prime, soit un salaire proche de 6 000 € net par mois pour certains ingénieurs. La plupart des ingénieurs ont le même indice terminal que les psychologues hors classe mais leur prime est bien plus importante. Êtes-vous cependant bien rémunérés au regard de la reconnaissance d'un travail effectué ? Pour cela je vous propose de mettre en regard votre salaire, ainsi que les salaires des agents de catégorie A, avec les niveaux d'étude pour les agents de la FPH. Les psychologues ont nécessairement un niveau Master 2 ou plus, mais le prérequis est le Master 2. Pour les attachés d'administration, ce poste est offert aux agents soit par concours interne (sur dossier), soit par concours externe. Dans ces deux cas, il est possible de postuler sans avoir ce niveau de Master 2, même si à ce jour la plupart des candidats ont ce niveau. Dans les faits, il existe néanmoins des personnes qui ont donc cette qualification sans pour autant avoir un niveau d'étude Master 2, mais généralement ces personnes ont déjà une carrière professionnelle de plusieurs années (attachés à 40 ans avec BTS...). De ce fait, ces personnes ont commencé leur carrière avec un indice inférieur du fait qu'elles n'étaient pas embauchés comme attachés en début de carrière même si en fin de carrière vous êtes sur une grille salariale identique. En revanche, il n'est - dans les faits - pas possible d'être attaché sans Master 2 lorsqu'on débute sa carrière. Pour les ingénieurs dernièrement recrutés, un niveau Master 2 est nécessaire mais, en revanche, il existe à ce jour des ingénieurs dans les établissements qui n'ont pas ce niveau et qui ont accédé à ce poste par ancienneté. Nous retrouvons le même cas de figure que pour les attachés.

Pour les soignants, les infirmiers en début de carrière ont 3 ans et demi d'étude, mais leur rémunération en fin de carrière est inférieure à la vôtre. Le cadre de santé débute sa carrière comme infirmier puis effectue une formation pour être cadre ; peut-on dire qu'il a un niveau Master 2, même si la formation d'un an lui donne ce niveau ? Il y a donc une légère ambiguïté pour ces professionnels du fait qu'ils s'inscrivent dans un parcours LMD sans avoir un cursus universitaire. En conclusion, les psychologues ont bien ce Master 2, mais comme j'ai pu vous l'indiquer précédemment, leur rémunération en fin de carrière est globalement inférieure aux ingénieurs qui ne sont pas tous diplômés à votre niveau. Vous avez plutôt un salaire comparable aux attachés d'administration alors que ces derniers peuvent avoir ou non un Master 2 et un salaire sensiblement comparable aux cadres de santé qui n'ont pas véritablement un cursus universitaire identique comparable à celui des psychologues. Je vous laisse le soin de juger,

en regard de ces éléments, si vous pensez que votre rémunération, en tant qu'agent de la FPH, est équitable. Ce premier point n'est pas toujours connu des soignants par exemple, qui imaginent que les psychologues sont tous hors classe et que par ailleurs vous avez des avantages, voire des privilèges, mais j'en parlerai ultérieurement. Voici donc quelques éléments sur votre rémunération et le positionnement par rapport à d'autres catégories de la FPH.

Quel niveau d'activité devez-vous donc fournir ? Afin de répondre à cela je souhaite juste vous proposer quelques éléments comparatifs avec l'activité d'un psychologue exerçant uniquement libéral.

## **Psychologue en libéral**

---

En préparant cette intervention, je me suis posé la question suivante : sur la base d'une consultation à 50 €, combien un psychologue en activité libérale devrait faire de consultations par jour, sur la base d'un nombre de jours travaillés identiques aux psychologues de la FPH, afin d'avoir un salaire net identique à un psychologue ayant un indice de milieu de carrière soit 2 200 € net par mois ? Pour un psychologue libéral, une consultation de 50 € ne correspond pas à un gain net car il est nécessaire de tenir compte des charges liées à l'activité libérale (location d'un local, fournitures, chauffage, charges sociales...).

Pour avoir une rémunération nette de 2200 € en moyenne, il serait nécessaire d'avoir 5 consultations par jour sur plus de 200 jours travaillés (pas de temps FIR, ni arrêt maladie, ni jours de formation). Pour avoir une rémunération nette mensuelle de l'ordre de 3400 € (salaire fin de carrière hors classe), il est nécessaire d'effectuer plutôt 7 à 8 consultations par jour. Voici donc un ordre de grandeur mais il est évident qu'un psychologue libéral cherchera plutôt à avoir 7 à 8 consultations. Qu'en est-il de l'activité d'un psychologue en milieu hospitalier ?

## **Activité**

---

Avant de vous parler de l'activité en volume des psychologues et plus particulièrement de l'activité en psychiatrie, je souhaite en préambule évoquer les raisons et l'intérêt de ce recensement. D'une manière générale, pour une entreprise privée ou un établissement public, les moyens pour effectuer une activité lucrative ou non doivent permettre de réaliser cette activité et il est donc impératif de connaître cette activité afin d'adapter les moyens à cette dernière. De ce fait, comme je vous l'ai indiqué précédemment, vous percevez une rémunération de votre employeur qui, lui-même, ou plus exactement l'institution, reçoit des fonds publics. Il n'y a rien d'anormal à ce que le financeur ait connaissance de l'activité effectuée avec ces fonds publics, car ces financements sont nos impôts. Votre employeur se faisant le relais de l'État doit mettre en place ce recensement. D'autre part, il est tout à fait logique de connaître les besoins pour effectuer une activité et de vérifier que les moyens mis à disposition de ces besoins correspondent bien à cette demande. Ce recensement quantitatif, donc réducteur, imposé à l'ensemble des professionnels est parfois perçu comme une contrainte. Pourquoi donc recenser votre activité ? Plus concrètement en psychiatrie, le mode de financement actuel est totalement déconnecté de l'activité et l'établissement reçoit chaque année une dotation globale de financement. Cette dotation peut être assimilée à un financement pour assurer des missions de service public. Même si ce financement est déconnecté de l'activité, l'établissement

se doit de rendre des comptes au Ministère de l'activité effectuée. C'est la loi, donc nous nous devons de l'appliquer, d'où la saisie des actes dans le cadre du RIMP<sup>1</sup>.

Pour les établissements non psychiatriques, donc les établissements MCO<sup>2</sup>, le financement est soit fonction de l'activité (T2A<sup>3</sup>), soit dans le cadre de mission intérêt général. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de recenser cette activité. La tarification à l'activité génère des recettes pour l'établissement. Une non exhaustivité de l'activité effectuée ne rapporte donc rien à l'établissement ce qui, de facto, met en difficulté l'établissement et peut conduire l'établissement à mettre en place un plan de redressement. Il serait donc dommage de ne pas être financé pour une activité effectuée. Il est aussi possible pour ces établissements d'avoir un financement pour une mission d'intérêt général. Dans ce cas les ARS demandent un rapport annuel sur cette mission pour pérenniser ses financements (ex : équipe mobile de soins palliatifs qui ne peut être financée par la T2A qui par principe privilégie les séjours courts). D'autre part, il me semble que ce recensement quantitatif peut être un outil afin d'avoir une connaissance de l'organisation du service (ex : audit sur le fonctionnement des CMP, l'analyse de l'activité peut permettre de s'interroger par exemple sur les délais de rendez-vous). Prenons l'exemple d'un psychologue qui voit peu de patients en nombre alors que son activité est importante. Il serait possible de se poser la question suivante : « Est-ce que notre mission de service public est compatible avec la prise en charge de quelques patients sur une période longue (de type psychothérapie) si, en même temps, les délais de premier rendez-vous sont de plus six mois pour les nouveaux patients ? » Il peut être intéressant de s'interroger sur cet exemple, mais pour cela vous devez avoir suffisamment de données chiffrées. Enfin, cette connaissance de votre activité permettra aussi de vous donner des moyens, certes quantitatifs, pour contrer certaines idées reçues sur votre travail. Mais, quel est le volume quantitatif de votre activité ? De par mes fonctions, je n'évoquerai que l'activité des psychologues en santé mentale recensée dans le cadre du RIMP en sachant que ce relevé ne décrit pas l'ensemble des tâches que vous effectuez (réunion de synthèse,...). Quelques chiffres : en psychiatrie adulte, on constate que le nombre de consultations sur une base de 200 jours travaillés peut varier de 4 à 7 par jour (chiffre donc à comparer avec l'exemple ci-dessus d'un psychologue libéral). Cependant, il convient de noter qu'un psychologue d'un établissement de santé participe aux réunions institutionnelles, aux réunions de synthèse et la base de 200 jours ne comprend pas les jours non travaillés auprès des patients (temps FIR, formation, arrêt...). Il est vrai que malgré ces réunions, je vous laisse le soin de méditer si 4 consultations en moyenne par jour (fourchette basse dans certains secteurs) correspondent aux missions de service public dans lequel vous vous êtes engagés. En revanche en pédopsychiatrie, le nombre moyen de consultations varie plutôt entre 3 et 4 par jours. Certes, les réunions sont plus importantes, mais ce chiffre doit nous alerter quand, par ailleurs, les délais de première consultation sont de plusieurs mois. Notons que ce chiffre (nombre de consultations par jour), pour cette discipline, est identique pour les autres professionnels travaillant dans cette discipline.

En résumé, votre salaire, au regard de votre qualification, n'a rien d'un « privilège », le nombre de consultations que vous effectuez est tout à fait comparable à celui des autres professionnels en règle générale. Pourtant, persiste cette représentation que vous êtes des privilégiés. Ce soi-disant privilège provient en partie du fait qu'il suffit qu'un psychologue dans un établissement soit hors classe, qu'un autre réalise peu d'actes et qu'un troisième prenne l'intégralité du temps FIR que les textes permettent cependant, et que ce temps soit le mercredi par exemple, pour que ces trois situations se retrouvent additionnées en un seul exemple. Ces cas de figure desservent l'ensemble de votre profession. Ces exemples existent dans votre

---

1. Recueil d'Informations Médicales en Psychiatrie  
2. Médecine Chirurgie Obstétrique  
3. Tarification À l'Activité

profession, mais aussi chez les psychiatres et d'autres professionnels. Pour les psychiatres, les deux demi-journées d'intérêt général ne sont pas remises en cause et, dans l'hypothèse d'une faible activité de consultation par exemple, il n'y a pas de débat, les médecins sont très solidaires, en apparence tout du moins, et sont organisés (CME, représentant au conseil de surveillance, directoire...). Pour les autres professionnels l'organisation au sein de l'établissement permet à ces professions d'être entendues, de débattre. Il est vrai que la Direction des Soins défend la profession paramédicale (coordonnateur membre de droit du directoire). Les éducateurs et Assistants Sociaux sont organisés de par la filière éducative avec un cadre socio-éducatif responsable de cette filière, mais vous ? Il est donc plus facile de s'en prendre à votre profession quand personne ne la représente pour la défendre. Comment vous organiser ? Il me semble nécessaire de vous organiser. À ce jour, des collègues existent mais je ne peux vous dire si c'est la solution. En revanche, il me semble important de vous structurer afin d'évoquer notamment le temps FIR pour avoir au sein de votre établissement un esprit critique mais aussi des arguments. Je trouve que cette organisation doit cependant être représentative au sein de l'établissement et cela peut être le plus difficile. Inviter dans ce lieu des représentants de l'administration, des médecins, des professionnels, pourrait vous permettre d'expliquer vos positions car vous n'avez pas véritablement de lieu institutionnel pour avancer vos arguments. Ne vous isolez pas car vous faites partie intégrante de l'institution. Assistez aux réunions afin de montrer ce côté réducteur de la cotation par exemple pour votre discipline. Apportez l'esprit critique. Donnez votre avis pour participer à la vie de l'institution. Proposez d'être des acteurs de l'institution comme par exemple d'être invité à la CME, au CTE. Cela existe dans l'établissement dans lequel je travaille, les psychologues sont représentés dans différentes instances : CME, l'espace éthique, DIM<sup>4</sup>. En conclusion, organisez-vous pour être entendus. Je vous remercie.

---

4. Département d'Information Médicale

## Organisation, statut et loi

**YANN DURMARQUE**

Maître de Conférences en Droit et Santé, Université de Lille II

Bonjour à toutes et à tous. Je suis Maître de Conférences à l'Université Droit et Santé de Lille II, secteur Droit, je suis également avocat au Barreau de Lille. Cela fait un certain nombre d'années que je me préoccupe des questions liées au statut juridique de la profession de psychologue et je tiens donc également à remercier l'ensemble des organisateurs de cette journée qui ont eu enfin le plaisir de m'inviter, sachant que, comme je le disais en aparté avec un peu d'humour à l'instant, je suis pratiquement intervenu un peu partout en France sauf dans ma propre région. Voilà qui est fait aujourd'hui et je tenais vraiment à remercier l'ensemble des organisateurs, notamment Madame Gladys Mondière d'avoir fait appel à moi. Alors, effectivement, le temps qui m'est imparti étant relativement limité, je vais essayer quand même d'aller à un certain nombre de points essentiels. Je vais essayer de dresser une espèce de panorama de l'émergence de la profession de psychologue et j'articulerai mon propos autour de deux thèmes, en partant d'une citation de Richelle qui disait qu'à la limite une cartomancienne qui trouverait l'étiquette plus publicitaire pouvait très bien légitimement et impunément s'intituler psychologue. Je crois que cette phrase de Richelle de 1973 illustre très bien un certain nombre d'éléments et le premier de ces éléments est que, d'abord, vous êtes une profession relativement jeune en soi, puisque la première licence de psycho date de 1947, et en pratiquement cinquante ans, vous avez réussi le miracle de faire ce que certaines professions ont fait pratiquement en cinq, six, sept, huit siècles, je pense notamment à la mienne, celle des avocats. Donc, véritablement, on ne peut pas non plus vous jeter la pierre en terme de structuration, vous êtes encore jeunes, à ce niveau-là, d'un point de vue juridique.

J'articulerai mon propos sur deux points : d'abord la question de **l'émergence de cette jeune profession**, émergence qu'on verra d'abord en tant qu'émergence des psychologues, puis émergence de sa cousine, si je puis dire juridique, qui est celle de psychothérapeute, c'est le premier axe de mon développement. J'axerai le deuxième axe de mon développement sur la question des relations complexes qui existent entre d'un côté le psychologue, et de l'autre côté le corps médical avec éventuellement le troisième larron qui est le directeur de l'établissement, sachant qu'on essaiera de voir d'un point de vue juridique comment s'articule ce jeu à trois, entre **le psychologue, le médecin et le directeur de l'établissement**. Cela aurait presque pu faire l'objet d'une fable de La Fontaine mais nous essaierons justement de voir si on est dans le cadre de la fable ou de la réalité.



**Premier point de mon analyse** : la question de l'émergence de cette profession jeune qui est la vôtre. Le premier point sur lequel j'aimerais tout de suite attirer votre attention, c'est que la profession de psychologue est juridiquement née, c'est en général la référence à laquelle on pense immédiatement, de la loi de 85. En vérité, la profession de psychologue est née juridiquement avant. Elle est née de manière parcellaire au travers de certains statuts particuliers, notamment un certain décret du 3 septembre 1971, décret qui a beaucoup fait parler de lui puisqu'il concernait le recrutement et l'avancement des psychologues dans les établissements, pour schématiser les établissements publics hospitaliers. L'intérêt, la particularité de ce décret de 1971, éclairé par une circulaire du 20 juillet 1976, c'est qu'il va d'emblée poser la profession dans un cadre de sujétion, cadre de sujétion puisque quand on lit le décret, quand on lit sa circulaire interprétative, on est très clairement en présence de techniciens paramédicaux. Le décret ne le présente pas expressément comme tel mais la manière dont il est rédigé ne laisse aucune ambiguïté et si l'ambiguïté pouvait naître encore à la lecture du décret, en tout état de cause, elle n'apparaît plus quand on lit la circulaire. C'est vraiment frappant, **en 1971 il est inimaginable que le psychologue soit autre chose qu'un psychotechnicien**. Vous vous doutez bien que cette vision psychotechnique du psychologue totalement soumis à l'ordre des médecins et à la sujétion du médecin-chef de service ne va pas manquer de resurgir quand on va se poser la question de l'émergence de la profession de psychologue en tant que titre législatif, c'est-à-dire lors des travaux préparatoires de la loi du 25 juillet 1985. J'aurai l'occasion d'y revenir tout à l'heure mais l'émergence de cette loi a eu lieu dans des conditions un peu particulières. Ce qu'il est important de comprendre, c'est que, déjà en 1985, la question de l'articulation médecin/ psychologue va se poser avec une certaine acuité. Vous connaissez toutes et tous cet **article 44 de la loi du 25 juillet 1985**, c'est votre titre fondateur, je ne vais pas reprendre l'intégralité de ce titre, c'est un article qui est connu. Toutefois ce qui m'intéresse serait peut-être, 27 ans après, d'en faire le bilan et de voir, du point de vue de l'observateur extérieur que je suis, ce qu'il est advenu de cette loi et comment elle se présente aujourd'hui ?

Nous allons bientôt fêter les 28 ans sur laquelle je porte un regard assez mitigé, parce qu'effectivement on ne saurait nier qu'elle a rempli certains de ses offices. On ne pourrait pas plus nier le fait qu'elle est la révélatrice d'un certain nombre d'échecs cuisants. Les points positifs tout d'abord concernent très clairement la volonté de protection du public. Cet objectif est affirmé de manière très claire par l'exposé des motifs de la loi :

*« En protégeant le titre de psychologue, la loi offrira à l'usager des garanties quant au sérieux de la qualification des professionnels auxquels il s'adresse et dont beaucoup exercent à titre libéral sans que leur intervention soit subordonnée à une prescription médicale ».*

Il y a déjà beaucoup de choses ici. Quand vous regardez bien, il y a déjà une méconnaissance du ministère de la Santé à l'époque, puisqu'il considère à l'époque que l'essentiel est le titre libéral et vous savez très bien que ce n'est pas le cas en ce qui vous concerne, la majeure partie de la profession n'est pas libérale, elle est salariée. Mais sur le fond, pour l'esprit du ministère de la Santé à l'époque de Georgina Dufoix, c'est comme cela que vous êtes perçus et, surtout, ce qui est très intéressant, c'est que non seulement les psychologues exerceraient, selon le ministère, à titre libéral, mais en plus hors de toute prescription médicale. Donc, vous aurez compris que véritablement la démarche qui prévaut quand on expose l'avant-projet de cette loi de 1985, c'est très clairement protéger le public contre les immondes psychologues qui viendraient faire tout et n'importe quoi et qui, encore une fois parce que quelque part le débat est toujours là, pourraient derrière se livrer à des activités sectaires. Parce que, soyons bien clairs, c'est moins frappant en 1985 qu'en 2004 avec la loi sur la psychothérapie sur laquelle je reviendrai, enfin sur le psychothérapeute, mais une chose est certaine, c'est que la réalité est là. Clairement, l'exposé des motifs de la loi vient nous dire : « il faut protéger le

public ». C'était également un des engagements du président François Mitterrand dans une déclaration qu'il avait faite le 26 Mars 1981, déclaration qui était adressée au SNP à l'époque, dans laquelle il avait reconnu effectivement la nécessité de protéger le titre afin de protéger le public. Je pense qu'objectivement, et l'évolution législative l'a démontré, cet objectif-là a été atteint, enfin très clairement vous jouissez maintenant, les uns et les autres, d'une image de marque au sein du public qui est quand même autre chose que ce qu'elle était avant 1985. Très clairement à mon sens, les épisodes Azf<sup>1</sup>, par exemple, ont largement contribué à renforcer votre image de marque auprès du public de manière positive. De ce point de vue-là, je pense que c'est un point qui est acquis. Second point qui est acquis par rapport à cette loi de 1985, c'est l'affirmation d'une formation unique pour un titre unique et ce nonobstant la diversité des statuts particuliers. Je crois qu'effectivement c'est quelque chose de décisif quand on examine cette loi de 1985, parce que dans l'organisation de la profession, dans l'émergence de la profession, il y avait un vœu très net des organisations syndicales, des organisations professionnelles, de tous les intervenants qui prenaient une part active dans votre profession, que de reconnaître. Je vais citer quelqu'un pour qui j'ai une immense estime qui est Norbert Hacquard : « **il faut une formation unique pour un titre unique, c'est vraiment le crédo qui doit guider notre action** » et il m'expliquait, à l'époque où il était secrétaire général du SNP, qu'il avait très clairement cette volonté d'avoir une formation unique pour un titre unique. Et, là encore, ce n'est pas une simple clause de style et je crois que, véritablement, le législateur l'a parfaitement compris. Il y a ici une idée fondamentale, c'est qu'il ne doit pas y avoir de hiérarchie interne entre les psychologues, quelles que soient les pratiques, quels que soient les courants qui sont les vôtres, et l'indépendance technique qui doit exister peu ou prou, finalement va trouver sa transcription dans l'existence d'un titre qui fait que vous soyez psychologue de la santé, psychologue de l'éducation nationale, psychologue du travail, de la PJJ, etc.. Vous êtes d'abord psychologues, avec une formation unique, au moins un tronc commun de formation unique, avec un titre unique. De ce point de vue-là, on ne peut que saluer cette loi de 1985 qui vient véritablement casser une vague d'éclatement de statuts particuliers, de tout un tas de myriades d'associations et autres syndicats microscopiques, comme le disaient certains représentants de l'Assemblée Nationale à l'époque, nous avons véritablement ici une volonté d'unicité. Ce sont les points positifs de la loi de 1985.

Mais, manifestement cette loi de 1985 n'a pour autant pas rempli tous ses objectifs. À mon avis il y en a deux qui manifestement ont été soit seulement partiellement atteints, soit pas atteints du tout.

Le premier qui, à mon sens, a totalement échoué, et ce n'était qu'une demi-surprise, c'est la fin de ce que j'appelle le spectre de la para médicalisation. C'était une des velléités des organisations professionnelles de l'époque, que de dire que véritablement il faut mettre fin à cette logique de la psychotechnicité, il faut que les psychologues ne soient plus des psychotechniciens et qu'ils aient part égale avec le corps médical. En vérité, cette question de la subordination au médical est complexe. Il faut quand même se souvenir du contexte dans lequel a été établie la loi de 1985 et se rappeler de ce que disait Georgina Dufoix lors du dépôt de l'avant-projet de loi. Je cite cet avant-projet de loi, vous allez voir qu'il est quand même assez frappant :

*« Sur le plan statutaire, le gouvernement vous propose de mieux définir les contours de deux professions de santé, celle de masseur kinésithérapeute et celle de psychologue ».*

Donc, vous étiez à peu près mis au même plan que les masseurs, vous avez eu de la chance encore, vous n'étiez pas avec les pédicures, podologues. Mais, sur le fond et de toute évidence, dans l'esprit du ministère de la Santé, il n'était pas imaginable qu'il en soit autrement. En vérité,

1. Explosion d'une usine Azf à Toulouse en 2001

vous devez votre salut législatif d'abord à l'intervention des organisations professionnelles syndicales et, également, à un député qui va devenir sénateur par la suite, Jean-Pierre Sueur. Saisi par les organisations en question, il va très clairement faire pression pour déplacer ce qui, à l'origine était l'article 7 dans la loi de 1985. Donc, il a pris cet article 7, en plein milieu des professions de santé, pour le déplacer dans le texte dans un chapitre à part. Vous avez ainsi un chapitre pour vous seul avec un seul article. Quand on regarde la loi de 1985, c'est frappant, c'est l'article 44. Et en fait, ce simple déplacement dans le corps du texte pendant la navette législative de l'avant-projet, article 7, vers le texte définitif, article 44, a permis un temps de vous sortir des professions de santé et de ne pas vous soumettre, comme c'était le cas initialement, directement à la fureur médicale dans le cadre d'une profession paramédicale. En vérité, nous le verrons tout à l'heure, jamais le danger de la para médicalisation n'a été totalement écarté et à intervalles réguliers la question revient. Elle revient d'ailleurs avec d'autant plus d'acuité que chaque nouveau texte législatif est l'occasion pour le gouvernement de se poser la question de savoir s'il ne faudrait pas remodifier l'article 44, d'une manière ou d'une autre. Et là, votre serviteur est très circonspect sur la capacité qu'aurait éternellement la profession à passer à travers les mailles du filet. Vous y avez échappé de justesse en 1985, vous y avez échappé de justesse, mais d'une manière très indirecte, lors de la loi sur les malades en 2002, vous y avez échappé encore de manière quasi miraculeuse en 2004, sur le statut des psychothérapeutes. Il arrivera bien un moment où ils arriveront à leurs fins, c'est une évidence.

Second échec et pour le coup échec cuisant de la loi de 1985, il concerne l'articulation titre / code de déontologie. De manière très claire, force est d'admettre que la loi de 1985 est allée bien moins loin que ce que préconisaient les projets antérieurs, notamment le projet Anzieu de 1969. Puisque ce projet Anzieu, dans son article 3, avait préconisé d'instituer ni plus, ni moins, le code de déontologie avec une valeur législative. Cet avant-projet n'a pas eu de chance. Pourquoi ? Parce qu'il a été déposé en 1969. Un certain Général a un certain problème avec un certain sénat et avec certaines régions et, manque de chance pour vous, le projet Anzieu va tomber en plein milieu du cataclysme constitutionnel que va entraîner la démission du Général de Gaulle. Vous vous doutez bien qu'eu égard aux enjeux constitutionnels de l'époque, la question de la législation du code de déontologie des psychologues devenait très vite secondaire. La chose est remise quelques années plus tard sur la sellette et je dirais qu'à ce jour cela reste la proposition la plus aboutie. Il s'agit d'une proposition de loi du 15 novembre 1974, déposée par six députés parmi lesquels Mexandeau, Josselin, Chandernagor, Labarrère, enfin quand même du beau monde de l'époque, et cette proposition de loi (dite proposition numéro 1322) va être déposée sur le bureau de l'Assemblée Nationale. Son titre est : « Création d'un code de déontologie des psychologues ». Autrement dit, nouvelle tentative en 1974 de légiférer sur le code de déontologie, de lui donner une valeur législative. À nouveau petit problème technique, en 1974, quelques problèmes énergétiques et, accessoirement changement de Président. Ce n'est véritablement pas le moment pour six députés socialistes, en novembre 1974, de déposer une proposition de loi car, depuis mai 1974, c'est un Président pas d'un bord différent. Donc, enterrement sans autre forme de procès de cette proposition de loi. Pour autant, elle reste la proposition la plus aboutie même si, malheureusement, elle n'a jamais fait l'objet d'un examen à l'Assemblée. Arrive la loi de 1985, ou plutôt son examen, et les associations professionnelles vont revenir à la charge. Dans l'idée initiale, c'était un titre unique basé sur une formation unique avec un code unique. Ce projet-là va capoter, non de la faute des associations professionnelles, je le dis clairement. D'ailleurs l'un d'entre eux dont je tairais le nom puisqu'il m'a demandé de ne jamais le citer avait écrit :

*« Monsieur X et moi-même avons accepté un texte de projet de loi que nous savions mal fichu et contraire aux visées d'une certaine association qui voulait faire un package avec la déontologie dedans, c'était la dernière chance que le texte passe pour des tas*

*de raisons techniques, nous avons pris nos responsabilités et finalement, la déontologie n'est pas rentrée dedans ».*

En fait, quel était le problème fondamental ? Cela faisait peut-être beaucoup d'imposer aux législateurs une formation unique, un titre unique et un code de déontologie unique. Le temps pressait, fondamentalement les échanges étaient très compliqués avec le ministère et les associations de l'époque ont préféré lâcher du lest et abandonner le code plutôt que de voir tout échouer. C'était dommage parce que l'occasion était belle mais c'était prendre un très gros risque de ne rien voir aboutir, pas même le titre ; un tien vaut mieux que deux tu l'auras. Elles ont préféré sacrifier le code pour la protection du titre et je pense qu'on ne peut pas leur en vouloir car, autrement, nous risquerions d'être dans une situation encore plus compliquée aujourd'hui.

Si ce titre et cette formation unique ont émergé, en revanche, l'adoption des statuts particuliers a révélé que, de toute évidence, la logique d'un statut unique n'était pas pour aujourd'hui. Ce que je voudrais dire sur ce point-là, c'est que le premier des décrets particuliers, relatif au statut de la fonction publique, a été celui de la fonction publique hospitalière. C'est un décret que vous connaissez, du 31 janvier 1991. Il a une histoire assez houleuse, puisque je vous rappelle que c'est la première fois que les psychologues se sont mis en grève officiellement. Cela fait un peu sourire d'ailleurs parce que même si vous vous mettez tous en grève, vous ne faites pas la moitié du boulevard Haussmann, mais symboliquement cela représentait quelque chose. Ce mouvement de grève avait été initié le 23 mars 1990 et les psychologues, pour la première fois, essayaient de faire entendre leur voix sur la place publique. Je noterais l'intervention décisive de Jean Pierre Sueur à nouveau, vis-à-vis du ministre de la Santé à l'époque qui était Évin. L'idée était de faire des psychologues hospitaliers des para-techniciens et, encore une fois, les associations et Jean Pierre Sueur sont montés au créneau. Ils ont fait appel à des juristes de Paris I et Paris II, Jean Michel Lemoyne de Forges, notamment. Ceux-ci ont éclairé les associations professionnelles et ont permis de proposer divers contre-projets. Finalement ils sont arrivés à un décret qui évitait le spectre du décret de 1971 dont je vous parlais tout à l'heure. Ce décret a validé certains points que l'on ne peut que louer ; notamment, il a validé la promotion de l'autonomie de la personnalité. Comment a-t-on réussi ce tour de force ? Tout simplement, en se basant sur des textes supranationaux, je pense notamment à la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dans laquelle on retrouve cette expression. Ce décret portant un statut particulier a également permis de définir plus ou moins les missions du psychologue, notamment par référence à ce que définissait le bureau international du travail, ce que définissait l'OIT<sup>2</sup>, ce que définissait l'OMS<sup>3</sup>. En revanche ce décret n'a jamais validé, de manière claire, la question de l'indépendance du psychologue et les pouvoirs politiques s'y sont clairement refusés, ils en ont eu peur. Pourquoi ? Parce que, tout simplement, ils ont eu peur d'un phénomène de tache d'huile. Si les psychologues commencent à réclamer leur indépendance, les sages-femmes vont faire pareil, les infirmiers, l'ensemble des corps de la fonction publique et le sacro-saint principe de subordination hiérarchique va disparaître et voler en éclat. Le gouvernement a dit : *« très clairement la question de l'indépendance des psychologues, vous oubliez, je peux le concevoir pour des organismes de contrôle style l'IGAS<sup>4</sup>, etc. parce que là cela fait partie de leur mission que d'avoir cette notion d'autonomie, en aucun cas je ne saurais le concevoir pour quelque autre corps que ce soit »*, et donc de ce point de vue, là encore, la question a échoué.

**Cette question des relations entre le psychologue et le corps médical**, c'est le deuxième point de mon intervention que j'essaierai de faire plus bref. La volonté de para médicalisation,

2. Organisation Internationale du travail

3. Organisation Mondiale de la Santé

4. Inspection Générale des Affaires Sociales

dont j'ai déjà eu l'occasion de vous exposer la teneur depuis tout à l'heure, n'est pas une question récente. C'est un débat qui se trouve déjà dans le code de déontologie de 1961, de la SFP<sup>5</sup>, puisque le code à l'époque exposait dans son article 5.2 que : « *le psychologue ne laisse pas à des non-psychologues le soin et la responsabilité des choix des méthodes qu'il emploie* ». Il se retrouve de manière récurrente, dans le code de 1987, dans le code de 1996 ou dans sa version revisitée de 2012. Même si cela a été édulcoré et j'en suis assez ravi parce que cela fait dix ans que je le réclamais mais on retrouve toujours plus ou moins cette logique de l'indépendance ou en tout cas d'une certaine forme d'autonomie. Quand vous regardez les différents codes de déontologie des professions réglementées, ces questions d'autonomie de l'exercice professionnel se trouvent à peu près dans toutes les professions. Ce n'est pas spécifique aux psychologues, on le trouve chez les médecins, chez les sages-femmes, on le trouve à peu près dans tous les corps ordinalement constitués. Le seul problème est que, concernant les psychologues, cela prend une dimension tout à fait particulière. Il faut savoir que, dès 1970, Lortat-Jacob, qui, à l'époque, était le président du conseil de l'ordre des médecins, avait dit clairement, je le cite : « *il est souhaité que l'ordre précise que les psychologues doivent demeurer avant tout des psychotechniciens dans le cadre des auxiliaires médicaux* », difficile d'être plus clair. Je vous ai expliqué tout à l'heure que cette velléité, cette volonté très claire de l'ordre des médecins, va se retrouver dans le décret de 1971. Je vous ai expliqué dans quel cas nous avons réussi à la contourner. Il n'empêche que dix ans plus tard Faure, qui était l'auteur d'un ouvrage qui s'appelait : « *Le statut général des médecins hospitaliers* », vient nous dire en 1980, je cite : « *l'intégration au sein d'une ou plusieurs équipes médicosociales s'avère logique et conforme à l'éthique médico hospitalière, le médecin-chef de service étant responsable de ses malades. On ne pourrait concevoir l'intervention d'un technicien sur un malade, sans l'agrément formel et préalable du chef de service* ». Le terme technicien est sans ambiguïté à ce niveau-là et si l'ordre des médecins se permet de tels propos c'est parce qu'en vérité, et c'est peut-être moins connu au sein de votre profession, le terme a longtemps été encouragé par les juridictions. Pourquoi ? Parce que, pendant des années et dès les années 1950, les juridictions vont placer tout de suite le psychologue au regard du problème de l'exercice illégal de la médecine. La première affaire intéressante à ce niveau-là est un jugement du tribunal correctionnel de la Seine de 1952, affaire qui est restée célèbre, l'affaire Clarke-Williams. L'intéressée poursuivie était psychanalyste à l'époque, ce n'était pas une psychologue, mais souvenons-nous nous sommes en 52, la profession n'est pas réglementée et, soyons honnêtes, pour le juge, psychologue- psychothérapeute - psychanalyste : même combat. On ne sait pas ce que c'est et de toute façon cela fait peur. Nous sommes ici en présence d'une psychanalyste poursuivie pour exercice illégal de la médecine. Au final, elle sera relaxée, du moins en première instance. Pourquoi ? Parce que le juge, et le tribunal correctionnel, va considérer qu'elle n'est pas détachée de la subordination médicale. Elle est sous l'autorité d'un médecin et finalement le médecin couvrant ses actes, on peut considérer qu'elle est dans un parfait statut d'auxiliaire. Ce qui est intéressant dans cette affaire, c'est qu'en appel, le jugement va être cassé et la cour d'appel va condamner madame Clarke-William, pour motif que sa subordination à l'autorité médicale n'était pas suffisante. Nous sommes typiquement dans ce cadre-là et pendant pratiquement une vingtaine d'années, toute la jurisprudence va être basée sur cette logique de subordination au médical, comme la cour de cassation elle-même, d'ailleurs, qui rappelle les termes dans un arrêt du 9 octobre 1973. En fait, il faudra attendre un jugement du tribunal correctionnel de Nanterre, affaire Auscher, jugement du 9 février 1978, pour qu'enfin une brèche s'ouvre et que les juges considèrent pour la première fois qu'il n'y a plus d'exercice illégal de la médecine. Avec, d'ailleurs, une formule qui est très amusante, parce que le juge ne sait absolument pas s'il a à faire à un psychanalyste, à un psychologue, à un psychothérapeute, et le plus drôle c'est que le conseil de l'intéressé non plus, je cite :

---

5. Société Française de Psychologie

*« Considérant en définitive que si monsieur Daniel Auscher, exerçait et exerce la profession de psychanalyste comme il se dit, ou de psychologue comme l'a plaidé son conseil ».*

En tout état de cause ce qui est important, c'est que le tribunal va considérer qu'il ne ressort pas de l'instruction qu'il se soit livré à un exercice illégal de la médecine. À partir de ce jugement Auscher, qui est la clé de voute jurisprudentielle, il n'y aura pratiquement plus, par la suite, d'affaires significatives visant à mettre en cause un psychologue pour exercice illégal de la médecine. Pour autant, cela ne veut pas dire que le spectre paramédical a disparu. Il va ressurgir en 1985, puis en 2004, lors de la motion de l'article 52 de la loi du 9 août 2004, sur le titre de psychothérapeute, Je ne peux m'empêcher de vous faire le rappel des propos extrêmement durs du rapport Pichot Allilaire qui a fait couler beaucoup d'encre dans la profession, rapport qui émane de l'Académie de médecine et qui nous dit clairement qu'elle est opposée à la création d'un statut légal de psychothérapeute, en raison du risque de voir se développer des pratiques hétérogènes non encadrées et qui ne relèveraient plus du domaine médical. À nouveau montée au créneau, à nouveau volonté de faire en sorte que les psychologues sortent de la para médicalisation, ils y sont à peu près parvenus. Ceci étant vous vous souvenez quand même de l'ordre dans lequel l'article 52 est rédigé : *« sont habilités à faire usage du titre de psychothérapeute, un les médecins, deux les psychologues »*. Je vous rappelle qu'en Italie où un texte de même nature existe, l'ordre est rigoureusement inverse, c'est : *« un les psychologues, deux les médecins »*. Donc, soyons clairs, même si théoriquement les alinéas de la loi de 2004, ne sont pas chronologiquement organisés, la structuration : un les médecins, deux les psychologues, ne saurait mentir.

Dernière chose, parce que le temps s'écoule. Est-ce qu'il existe une subordination au pouvoir hiérarchique ? Je vais traiter ce point très rapidement. J'ai moins d'une minute pour le faire mais j'y arriverai. Cela tient en trois lettres : oui. De manière très claire, la jurisprudence nous l'a rappelé à intervalles réguliers. Je vous citerai notamment un arrêt qui, à mon avis, est un arrêt décisif, celui de 1997, de la Cour Administrative d'Appel de Lyon, Centre Hospitalier d'Arles, dans lequel une psychologue a fait l'objet d'une diminution de sa note administrative de trois points. Elle refusait de se soumettre de manière claire aux ordres du chef de service. Qu'a dit la Cour Administrative d'Appel de Lyon ? Je la cite :

*« Pour apprécier la valeur professionnelle de la défenderesse, l'autorité investie du pouvoir de nomination a pu sans commettre d'erreur de droit, prendre en compte son incapacité systématique à s'intégrer dans l'équipe médicale et sa méconnaissance des règles de fonctionnement auxquelles (et c'est ce qui suit qui est important) son statut de psychologue ne la soustrayait pas ».*

Cette jurisprudence de 1997 a été confirmée de manière très claire par un arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Nantes, du 7 juin, affaire Roland Demarle : avec, également, une diminution de la note administrative à peu près pour les mêmes raisons. Je vous remercie de votre attention.

# Organiser une profession, union ou aliénation ?

**CATHERINE DENEVE**

Maître de Conférences en Psychologie Sociale,  
Université Catholique de Lille

Bonjour, je suis psychologue clinicienne de formation. Puis j'ai mal tourné, j'ai fait un doctorat en psychologie sociale et me voilà adossée à une équipe de psychologie du travail et des organisations. Mais, j'interviens aujourd'hui pour parler justement de cette organisation, d'une structuration de la profession, du point de vue de la psychologie sociale du travail et des organisations. Alors, loin de moi l'idée d'aller répondre à cette question de façon tranchée, catégorique, mais juste de vous proposer une réflexion en trois temps.

Dans un premier temps, je voudrais juste vous dire sur quelle thématique nous, l'équipe « Travail / Organisation et Santé », travaillons, pour vous montrer la légitimité, peut-être, de mon intervention ici aujourd'hui. Dans un deuxième temps, je voudrais vous proposer de faire un focus sur les résultats d'une recherche qu'on vient de mener avec le département de psychologie et l'URPS<sup>1</sup>, sur les maisons et pôles de santé, notamment sur cette question de coopération dans le pluridisciplinaire, l'interdisciplinaire, en tout cas, le « travailler ensemble ». Je voulais vous proposer cette recherche pour réfléchir et peut-être l'extrapoler à la profession de psychologue et ainsi, lancer quelques propositions de réflexion sur l'organisation, la structuration d'une profession, à travers quelques préconisations, propositions de préconisations qui pourraient être faites.

Donc un mot sur l'équipe « Travail / Organisation et Santé » : pour être tout à fait universitaire, j'ai remis dans mon PowerPoint une définition de la psychologie du travail et des organisations. Cela reste de la psychologie, mais qui a un champ particulier, celui de l'interaction entre le sujet et son domaine d'activité, son domaine de travail. Nous nous basons autant en tant que psychologue du travail, sur le sujet, que sur le collectif de travail et sur l'institutionnel, sur tout ce qui est organisationnel. C'est ce qui permet de travailler sur plusieurs de ces points et donc de parler des relations interpersonnelles entre psychologues mais aussi entre différents groupes professionnels. Sur quoi travaille-t-on dans cette équipe ? On a de grands axes et des grands thèmes principaux autour de la mutation du travail, de l'organisation de l'activité, du travail dans le champ de la Santé, notamment des recherches qui ont été liées à la mise en

---

1. Union Régionale des Professionnels de Santé 59/62

place de la T2A et de la loi HPST, et sur les conséquences pour les professionnels qui travaillent sous ces contraintes-là. Nous abordons tout ce qui concerne la coopération, la coordination, la collaboration, la délégation, ce qui me paraissait intéressant d'aborder ici, avec vous aujourd'hui, l'efficacité groupale, tout ce qui concerne le travail et les TICs<sup>2</sup>, avec par exemple l'identification de nouveaux modèles d'activité : le télétravail, ou alors les plateformes, les centres d'appels téléphoniques, en lien avec la santé au travail, le stress, etc. Cela concerne aussi les pratiques professionnelles, certes du psychologue, mais aussi d'autres professionnels et les mutations professionnelles qui sont en cours dans notre métier. Enfin, je travaille plus particulièrement en termes de perception et de prévention du risque, donc sur une thématique sur la santé au travail.

Un point sur cette recherche qui a été menée et achevée en octobre 2012, elle porte sur les maisons de santé et pôles de santé. Il s'agissait de réfléchir à la structuration des professions dans les maisons de santé et plus particulièrement sur la coopération entre les différents types de professionnels, qu'ils soient du corps médical ou du corps paramédical. L'affaire n'était pas mince, loin de là. Nous sommes partis sur une base d'analyse documentaire des protocoles des maisons et pôles de santé et nous avons relevé plusieurs constats qui nous ont permis de faire une première analyse. C'est particulièrement avant/après la loi HPST, mais c'est surtout en ce qui concerne l'article 51 de la loi HPST, sur la délégation de transfert d'activités ou d'actes de soins du corps médical vers le corps paramédical. Cela ne concerne pas forcément le psychologue mais, en tout cas, quand on parle de délégation de transfert d'actes ou d'activité, et qu'on entend dans le milieu médical qu'il y a parfois des prescriptions pour le travail des psychologues, je trouvais intéressant de revenir sur ce avant/après l'article 51 de la loi HPST. Avant la loi HPST, nous avons une distinction assez claire entre les notions de délégation, de transfert, de coopération, mais vous voyez qu'en contrepartie il y a des termes, comme le terme de collaboration entre professionnels, qui n'apparaissent absolument pas. Après la loi HPST et son article 51, la coopération est citée comme un outil qui va permettre le transfert d'activité et d'actes de soin entre le corps médical et paramédical exclusivement. Nous avons donc une terminologie en évolution qui va conduire les acteurs à avoir des mobilités, en tout cas des mouvements dans leurs tâches et dans leurs compétences professionnelles. Les médecins se voient amputés de certains actes et les paramédicaux se voient rajouter un certain nombre d'actes, toujours sous couvert des médecins. La responsabilité, au final, quand il y a un problème, reviendra de fait au médecin. Dans ces textes, dans le contexte général de la loi HPST, plusieurs choses apparaissent en filigrane. L'organisation de ces maisons et de ces pôles de santé va renvoyer à des problématiques de collectif, à des problématiques d'activité, d'identité professionnelle, qui est en mutation et qui est en mouvement, mais aussi à des représentations sociales sur les métiers. Je pense que cela aussi, quand on est psychologue, la représentation sociale que nous avons de notre métier, ou que les autres ont de notre métier, est quelque chose qui peut être évoqué. Toujours pour continuer sur l'analyse documentaire, d'autres constats ont pu être faits autour de l'interdisciplinarité, où sont définis clairement des protocoles de coopération, c'est-à-dire qu'on explique dans une structure comment doit se faire la coopération entre le corps médical et le corps paramédical, avec une réflexion : comment allier ces deux professions ? Et quelques résultats d'expérimentation, de coopération, entre professionnels de santé, nous sommes sur une lecture exclusivement organisationnelle, sur une structure descriptive et pas sur le processus et plutôt la dynamique qui renvoie également aux problématiques dont nous parlions juste avant : le collectif, l'activité, l'identité et la représentation sociale. Pour nous, dans ce travail, il s'agissait d'analyser ces processus et cette dynamique plutôt que de rester sur un stade descriptif de l'activité dans ces maisons de santé. Nous avons conduit une recherche dans laquelle nous avons tenté, par le recueil d'informations auprès des professionnels de



santé, d'appréhender les représentations sociales autour de deux thématiques : les représentations sociales de la prise en charge du patient et la représentation sociale de la coopération. En fait, nous allons retrouver, dans ces représentations sociales, un noyau central où des professionnels vont définir des référentiels communs d'activité autour de la prise en charge du patient et d'autres professionnels vont, justement, donner d'autres éléments sur ce noyau central

REPRÉSENTATION SOCIALE GLOBALE	
NOYAU CENTRAL	1 <sup>ère</sup> PÉRIPHÉRIE
Coordination Éducation thérapeutique	Complémentarité Gain de temps
ÉLÉMENTS CONTRASTÉS	2 <sup>nd</sup> e PÉRIPHÉRIE
Continuité des soins Échange Efficacité Suivi Transmissions	Accompagnement Convivialité Coopération Équipe Sécurité

de la coopération. Vous voyez qu'en rouge, on va voir apparaître, chez les médecins, des éléments qui vont être assez essentiels comme la coordination (noyau central) et, en première périphérie, des éléments qui sont aussi importants mais moins cités par les professionnels qui parlent de complémentarité entre les professions. Alors que, pour le corps paramédical, vous voyez que cette notion de coordination et cette notion de complémentarité interviennent sur des périphéries qui sont plus larges. En résumé, nous allons voir que le corps médical et le corps paramédical ne partagent pas la même représentation et n'ont pas la même vision de la prise en charge d'un patient dans une maison de santé, dans un pôle de santé.

De la même façon, quand sur la deuxième thématique autour de la coopération, la représentation sociale du corps médical autour de cette notion de coopération, et celle du corps paramédical de l'autre côté à droite, nous retrouvons des mots clés dans le noyau central des professionnels du corps médical, qui sont de l'ordre de l'échange, de la réunion. Ces échanges et ces réunions vont également se retrouver pour le corps paramédical avec

REPRÉSENTATION SOCIALE CORPS PARAMÉDICAL	
NOYAU CENTRAL	1 <sup>ère</sup> PÉRIPHÉRIE
Efficacité Transmissions	Coordination Gain de temps
ÉLÉMENTS CONTRASTÉS	2 <sup>nd</sup> e PÉRIPHÉRIE
Accompagnement Sécurité	Complémentarité Convivialité Échange

d'autres notions telles que : la convivialité, la disponibilité, l'écoute. En résumé, sur ces deux éléments-là, je n'ai relevé que quelques éléments identiques pour nos deux corps de métiers, sur ces deux représentations sociales, celle de la prise en charge du patient et celle de la coopération. Nous allons nous rendre compte que les médecins vont avoir une vision plus organisationnelle et plus structurale du travail à effectuer dans le cadre de la prise en charge du patient, de la coopération dans les maisons de santé. Les paramédicaux ont également cette vision-là avec une importance un peu plus marquée pour les aspects relationnels entre les collègues. Il y a vraiment des perceptions différentes entre corps de profession. Même si nous avons le même objet de travail et que nous travaillons en complémentarité, nous avons des représentations, des perceptions qui sont différentes dans la prise en charge et dans la coopération. Ce qui nous laisse penser que même en travaillant ensemble, sur un même objet, nous n'avons pas forcément des référentiels communs et cela ne va pas forcément faciliter le « travailler ensemble ».

Je vous proposais cette étude pour pouvoir ouvrir la réflexion sur l'organisation, la structuration d'une profession, à travers le prisme de la psychologie sociale du travail et des organisations, avec plusieurs points d'entrée : qu'est-ce qu'on entend par une activité collective ? Ensuite, quelles frontières professionnelles ? Parce que, quand on se définit et qu'on se structure dans une profession, c'est aussi au regard d'autres professions. L'activité collective est une activité réalisée par plusieurs personnes, certes, qui peut prendre différentes formes : est-ce que c'est de l'aide ? De l'entraide ? De la co-activité ? Est-ce que c'est de la co-action ? De la coopération ? De la collaboration ? Dans la réflexion sur la structuration et

l'organisation d'une profession, qu'est-ce qu'on a envie de mettre en place ? Ce ne sont pas les mêmes définitions, le point commun est la présence de tous dans l'activité de chacun.

Qu'est-ce qu'une activité collective ? Il faut faire la distinction entre collaboration et coopération. Entre professionnels, il y a un but commun partagé, un motif qui définit l'activité collective, et en fonction des sous buts que peuvent avoir les professionnels, des sous buts qui sont soit identiques, soit différents. Nous sommes alors plus sur un mode de collaboration, que sur un mode de coopération, lorsque les sous buts sont différents, en termes de coordination avec des actions aussi individuelles. Par rapport à cette loi HPST dont nous discutons tout à l'heure, l'idée est de se demander, dans la structuration d'une profession, qu'a-t-on envie d'y faire ? Est-ce que c'est de la coopération ? Est-ce que c'est de la collaboration ? Il faut peut-être revenir, pour nous en tant que psychologues, sur les bases de ce que nous aurions envie de faire ensemble et de mettre en place comme type de structuration de la profession. Cette activité collective pose la question des frontières entre les professions, je le disais juste avant : nous avons parlé des infirmiers, nous avons parlé du corps médical, etc., c'est bien au regard d'autres types de professions, pour une certaine visibilité, lisibilité. Il me semblait important de revenir sur ces frontières entre les professions. Est-ce que nous sommes dans le pluri professionnel ? Est-ce que nous sommes dans l'interprofessionnel ? Là aussi ce sont des questions qu'il faut pouvoir se poser compte-tenu de l'évolution de nos métiers et l'évolution des métiers paramédicaux, notamment par rapport à la notion de délégation. Est-ce que ce ne sont pas des notions qu'il faut avoir en tête, pour pouvoir réfléchir sur cette structuration du métier ? L'appartenance professionnelle et les frontières entre les professions peuvent également impacter la façon dont va se structurer un groupe. En psychologie sociale et du travail, nous allons parler de groupe dominant et dominé, c'est le mot approprié. En tant que psychologue, faisons-nous partie d'un groupe dit dominant ou d'un groupe dit dominé ? Je pense qu'en fonction d'autres professions avec qui nous nous comparons, nous pouvons nous retrouver dans l'une ou l'autre des situations. En fait, l'impact, et c'est la théorie qui nous parle de cela, est que dans un groupe dominant nous allons parler de collection, c'est-à-dire les caractéristiques personnelles, individuelles, singulières, de distinction par rapport aux pairs, qui ne vont pas forcément favoriser l'identification au groupe et va apparaître ce qu'on appelle une identité beaucoup plus personnalisée. Cette identité personnalisée, dans le groupe collection, peut empêcher, voir même ralentir, la structuration et la mobilisation des différents acteurs, quand on se retrouve dans un groupe dit dominant. Quand on peut se catégoriser dans la comparaison avec d'autres professions, dans un groupe dit dominé, nous parlons plutôt d'agrégats. Je pense ici qu'on entend depuis ce matin assez régulièrement que le groupe des psychologues est souvent associé, par rapport à d'autres professions et au regard d'autres professions, à un groupe dit dominé. C'est-à-dire que ce sont des caractéristiques qui sont communes à l'ensemble d'un groupe. Dans ce cas, cela va augmenter l'identification au groupe d'appartenance avec une identité plus indifférenciée, on serait alors plus sur une accélération, une optimisation de la structure en groupe. Je ne sais pas si, en tant que psychologue, nous faisons partie d'un groupe dominant ou dominé ou les deux mais en tout cas il semblerait qu'il y ait des possibilités de pouvoir accélérer un processus et favoriser un regroupement entre les professionnels d'un même corps de métiers, ce même si l'on est dans le cas d'un groupe dominé.

Pour conclure, en trois points. Un premier point concerne des propositions de préconisation. En fait ces propositions de préconisation ressortent d'autres études, et ce sont des éléments qui peuvent aider à réfléchir, c'est peut-être très pratico-pratique, cela ne s'applique peut-être pas partout. En tout cas, il s'agit de penser à une organisation plus interne, à l'intérieur d'un groupe métier, pour favoriser le partage, l'échange à l'intérieur d'une même profession, même si on exerce dans des structures qui sont complètement distinctes et différentes. On se rend compte que les temps formels, comme les réunions, les journées d'étude, etc., sont des

temps importants pour pouvoir structurer une profession mais tous les temps informels et les rencontres en dehors du cadre du travail sont des éléments qui sont facilitateurs pour pouvoir organiser une profession. L'intérêt est de pouvoir partager ses représentations au niveau de son travail, les représentations que les collègues peuvent avoir de mon métier, les représentations que je peux avoir aussi du métier des autres ; c'est une organisation plus à l'interne.

Sur un deuxième point, je pense aussi que, peut-être, puisqu'il y a une certaine difficulté à pouvoir se structurer, s'organiser, c'est le débat depuis ce matin, il semble qu'il y a des craintes sur le changement. Si je m'organise, si je me structure, en collège, en ordre de psychologues, j'y gagne, mais je peux y perdre aussi. Quelles sont les craintes et comment je me projette dans ces différentes craintes ? Peur de perdre son autonomie, peur de perdre son temps, je pense que l'on court tous après le temps dans son travail. Donc, des doutes sur des décisions à venir, sur des imprévus, ces éléments-là sont peut-être à discuter et à préparer dans une forme d'accompagnement à un changement. Changement de culture professionnelle également, où il s'agit de passer d'une activité autonome, individuelle, à peut-être quelque chose de plus collectif, ce qui peut aussi être générateur de craintes et de doutes. Savoir se structurer en groupe, cela permet aussi de garantir une prise en charge pour les patients, améliorée, facilitée. Être rassuré, être écouté, entre professionnels est un autre élément.

Pour terminer sur le troisième point, la structuration se fait aussi au cas par cas, c'est-à-dire que cela dépend du type de structure dans laquelle on travaille, c'est vraiment très lié à la structure. Cela ne doit pas être quelque chose de plaqué pour l'ensemble des structures, dans n'importe quel type de situation et il est important de pouvoir revenir sur les cas uniques. Enfin, des informations claires, précises sont essentielles pour se structurer, informations juridiques, financières, des acteurs extérieurs qui pourraient nous permettre de prendre du recul par rapport à une situation ; ces éléments permettent d'être reconnus dans sa compétence professionnelle. Je vous remercie.

## Table ronde des psychologues autour de différentes expériences d'organisation : Intérêts et limites

**René Monami**

*Président du Collège des psychologues, Rouffach*

Bonsoir, j'ai été élu, il y a environ deux ans, à la fonction de président du collège et, c'est à ce titre que j'interviens à cette table. Je remercie Gladys Mondière et l'ensemble de ses collègues qui organisent cette journée qui nous permet de penser les choses ensemble. Je vais essayer d'être assez bref. Chez nous, le collège a été, pendant longtemps, une association, depuis les années 90, ce n'est qu'à partir de 2005 que les réflexions au sein du corps professionnel font émerger petit à petit une forme de « **projet psychologie** ». On doit également beaucoup à Yann Durmarque que vous avez écouté tout à l'heure, à Norbert Hacquard, à Sylvaine Sidot, à Emmanuel Garcin, qui ont travaillé avec l'ancien bureau du collège sur cette structuration ou, en tout cas, sur ce projet de collège au CH de Rouffach.

C'est en 2006, que ce projet « s'acte » au sein de l'institution et qu'il est inscrit au plan de santé mentale 2005-2008 et au projet d'établissement de l'hôpital. Le projet était constitué d'abord d'un cadre réglementaire avec une définition de tous les titres. Il y avait une lettre exposant les motifs de création, un rappel historique et on déclinait déjà les trois volets aussi bien administratif, clinique que de formation-recherche qui se retrouvent aujourd'hui dans la circulaire. Nous avons rédigé aussi un règlement intérieur qui définissait le fonctionnement de ce collège à venir, en tout cas à l'époque, et nous y avons intégré la décision du directeur, qui est un peu un acte de naissance novateur à ce moment-là pour l'hôpital, de cette collaboration avec un groupe de psychologues.

La **composition du collège**. D'emblée, l'ensemble des psychologues du Centre Hospitalier étaient dans le collège. Nous sommes 66 à ce jour, avec à peu près deux tiers de titulaires et un tiers de contractuels, nous sommes tous, de fait, membres du collège. Ce collège est structuré par un conseil. Qui fait partie de ce conseil ? Il y a un président, un vice-président, deux référents par pôle et deux suppléants par pôle. Ces personnes sont, au vu du règlement intérieur, élues pour une période de trois ans. Il y a donc des élections régulières, chacun se propose à une de ces fonctions et est amené à la soutenir pour l'ensemble de son mandat.

Le **fonctionnement** du collège. Nous parlions de réunions tout à l'heure, de concertation. Le conseil se réunit une fois par mois avec un ordre du jour qui est défini par le président ou

le vice-président et qui reprend différentes thématiques. Nous essayons d'organiser trois ou quatre réunions plénières sur l'année, pour l'ensemble des collègues de l'établissement. Ensuite, de cette armature se déclinent des commissions, par exemple nous avons une commission, sorte de veille administrative, autour des textes et de l'évolution des textes, ce qui permet de faire l'articulation entre l'évolution des textes et l'information à apporter aux collègues. Nous avons aussi une commission sur la formation-recherche qui travaille sur un livret d'accueil des stagiaires, sur la mise en place d'une formation commune pour les psychologues. Nous pouvons également mettre en place des commissions sur la fiche fonction, sur l'évaluation. Dès qu'il y a une question très précise qui nous est relayée par l'institution, nous nous faisons un peu l'interface. Il peut y avoir une commission qui travaille et amène un document qui pourra être repris alors avec le partenaire institutionnel. Sur un plan plus clinique, il existe des groupes cliniques qui font partie de cette vie du collègue, tant sur la clinique psychosociale, que sur des spécificités cliniques de chaque psychologue. Ce sont des groupes qui s'autogèrent mais qui peuvent en plénière venir restituer les éléments de leurs travaux ou de leur évolution.

Pour les **missions** du collège, elles s'inscrivent surtout dans une dimension plus consultative et d'élaboration pour l'heure, qui se réfère toujours aux différents textes de cette discipline. D'emblée nous ré-évoquons la question de la prise en charge des patients, articulée surtout autour de l'équipe pluridisciplinaire. Cela implique aussi l'élaboration d'un « projet psychologie » à l'hôpital. Et, cela met en œuvre, en termes de missions, la promotion et la participation des collègues sur des groupes de réflexion et des groupes de recherche dans l'hôpital pour la formation. Cela implique aussi tout un travail autour de l'accueil et de l'organisation des stages avec les étudiants et enfin d'essayer de dynamiser toute la partie de la rédaction de travaux, de recherche, d'articles. C'est un peu comme cela, quelques points que nous nous étions donnés, qui donnent un cadre général, mais je pense que ce cadre n'est pas exhaustif et qu'il est voué à se transformer avec les années. Je pense qu'on compte beaucoup sur le temps et, ce matin, j'ai bien apprécié le fait qu'effectivement les choses s'inscrivent dans le temps.

Alors, quelles sont les **articulations du collège avec l'institution**? Il y a une participation régulière en CME, par le président, il y a une rencontre annuelle que nous avons pu mettre en place avec le directoire, ce qui permet de faire le point sur des préoccupations qui émanent là pour le coup de l'ensemble des collègues et dont nous nous faisons un peu les médiateurs. Puis, nous reprenons cela avec le partenaire institutionnel. Il y a une participation en commission DPC, Développement Professionnel Continu, et, au niveau du président de la CME, il appuie beaucoup cette participation dans la mesure où toute la mission de formation-information-recherche peut trouver corps au sein de ce comité. Pour le moment, nous en sommes encore à cette amorce ; comment évoluer ? Comment avancer ensemble ? Et comment structurer quelque chose dans ce partenariat ? Je me dis « on va voir » ; je trouve cela très intéressant. Il y a une participation à d'autres comités : tabac, etc., qui font partie aussi de l'institution. Je pense que certains psychologues peuvent aussi s'y engager, amener leur voix sur ces questions. Il y a une participation à l'espace de réflexion éthique et tout le maillage avec l'Ifsi<sup>1</sup>, c'est-à-dire la participation à la formation des infirmiers. Le travail dans les services est particulièrement difficile aujourd'hui, il se transforme, change, et la dimension de présence auprès du patient, d'aspect plus clinique, on l'entend moins, et je pense que les psychologues ont leur place sur ce champ-là de la formation, entre autres.

Pour **la fonction FIR**, effectivement, je pense que nous essayons, aujourd'hui, de nous interroger : quel cadre ? Il y a un cadre qui est donné à travers la circulaire mais je pense qu'au niveau du travail et du dialogue institutionnel entre un collègue et l'institution, il s'agit d'en préciser les contours, mois après mois ou année après année, pour que chacun puisse se

1. Institut de Formation en Soins Infirmiers

l'approprier. Par exemple lors des réunions plénières, ou même au conseil, le FIR est chaque fois vécu en terme de rendre compte. Donc, il y a bien des résistances, des mécompréhensions. Comment arriver à rendre compte d'une activité qui tend vers l'évolution d'une trajectoire personnelle, qui met aussi au travail ses propres compétences et qui est du côté de la transmission ? Les contours sont peut-être à préciser et, comme je vous le disais, nous sommes à l'œuvre depuis 2006, à peu près 6 ans, je crois que le message aujourd'hui est que ce n'est pas parce qu'il y a une structuration que les choses sont données et que tout va rouler. C'est-à-dire qu'il y a vraiment tout un travail constant, mois après mois, réunion après réunion, avec les collègues pour toujours préciser, clarifier cette articulation. C'est aussi un signe que nous avons à mûrir dans notre profession, aussi. En termes de FIR, ce que nous avons pu mettre en place, c'est une forme de séminaire clinique interdisciplinaire qui impulse toute une dynamique de transmission aux collègues de ce que l'on a à apporter du côté de la psychologie.

Je voulais juste finir avec un propos de Paul Ricoeur qui évoque la visée éthique. Pour lui, c'est la visée de la vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes. Quand je dis cela à mes collègues, ils sourient toujours, ils me disent que je suis idéaliste mais, en même temps, c'est peut-être aussi avoir une visée lointaine mais qui va vers quelque chose d'assez optimiste quand même, malgré les difficultés du terrain. Voilà, je m'arrête là.

### **Maité Roux**

*Psychologue, ex représentante du service des psychologues, CHU de Rennes*

Je tenais tout d'abord à remercier Gladys Mondière de nous avoir invités, parce que c'est la première fois que nous pouvons témoigner de la création de ce service sur l'hôpital de Rennes, sachant que d'autres ont parlé pour nous et pour une fois nous allons parler de notre histoire.

Moi, j'avais envie de revenir sur la création du **service des psychologues** puisque j'étais au départ, en 2005-2006, une référente officieuse, c'est-à-dire que je n'étais pas grand-chose. J'étais juste celle qui travaillait à temps plein sur le site où se trouvait l'administration et je pouvais de temps en temps les interpellier pour des questions administratives. J'avais envie de revenir sur le contexte qui nous avait été favorable pour **la création de ce service**, en 2005-2006. Tout d'abord, un collège de psychologues existe à l'hôpital de Rennes depuis une vingtaine d'années. Il se réunit une fois par mois et il a quand même une existence institutionnelle puisque la direction connaît son existence et, régulièrement, une fois par an, le DRH est invité par le collège ; il vient volontiers. En 2005-2006, nous avons aussi un directeur général qui, à l'approche de la nouvelle gouvernance, a envie de créer un pôle novateur : le pôle de médecine et soins de support. C'est son souhait et nous serons intégrés dans ce pôle, c'est-à-dire que c'est un pôle qui est réservé à tous les professionnels du CHU qui ont une fonction de transversalité. Il est venu nous en parler en disant : qu'en pensez-vous ? Mais sa décision est déjà prise. C'est-à-dire qu'il a bien l'intention de créer ce pôle et de nous y intégrer. Il faut reconnaître que, pendant un an, cela a été un débat dans le collège, débat car il y avait bien sûr les contre, beaucoup de contre, beaucoup de résistance, mais en même temps c'est une décision dont nous n'aurions pas pu nous extraire. A l'approche de la nouvelle gouvernance, nous nous sommes aussi dits : plutôt que d'essayer de s'extraire de quelque chose, essayons plutôt de nous organiser tant bien que mal, si c'est possible, entre psychologues. Une autre chose nous a été favorable : en 2005, il n'y avait pas de **procédure de recrutement** et les psychologues étaient recrutés d'une manière complètement disparate. Certains étaient recrutés sans que nous en soyons informés, cela demandait des budgets. Des médecins recrutaient un psychologue parce qu'ils avaient trouvé de l'argent pour créer un 30 % et la DRH ne faisait qu'avaliser ces postes, l'embauche plutôt. Nous étions très mécontents parce que des collègues étaient à temps partiel et n'avaient même pas eu connaissance de

la création de ces postes. Donc, cela n'allait pas. D'un commun accord, nous avons travaillé sur une procédure de recrutement. Cela a été un cheval de bataille pour moi, en particulier, au départ, au début de cette création de service. En 2007, nouvelle gouvernance hospitalière, **pôle de médecine et de soins de support**, tous les psychologues se retrouvent avec une affectation administrative dans ce pôle. S'y trouvent également le service social, le service équipe mobile de soins palliatifs, les diététiciennes, un service de soins, un seul, qui s'appelait service de « rééducation fonctionnelle » à l'époque et qui s'appelle maintenant « médecine physique et réadaptation ». Il y avait également la consultation douleur. Enfin, cela faisait sept composantes. Toutes les composantes avaient un mode de fonctionnement hiérarchisé. Nous, les psychologues, nous ne nous connaissions pas tous puisque n'adhéraient à ce collègue que ceux qui le voulaient. Nous nous retrouvions maintenant avec l'ensemble des psychologues qui dès l'embauche se retrouvaient faisant partie d'un service de psychologues. Il a fallu d'organiser. Avec le médecin et le directeur délégués au pôle, nous avons fait un état des lieux de la situation des psychologues. Nous avons essayé de repérer toutes les quotités de temps, les CDD, les CDI et les titulaires. Là, bonne surprise ; il y avait un tiers de CDD dont plus de la moitié à moins de 50 %, un tiers de CDI et un petit tiers de titulaires. Quand il y avait des réunions, nous ne nous gênions pas pour le rappeler. C'est important parce que cela montre à tout le monde que les psychologues n'étaient pas dans une situation extraordinaire sur le CHU. Bien sûr, nous avons aussi écrit un **règlement intérieur**. Je ne reprendrai pas tout ce qui a été dit par René Monami mais nous avons lu le règlement intérieur de Rouffach et nous nous en étions inspirés mais en insistant sur les missions du service des psychologues, à la fois le volet clinique/formation/information/recherche et le volet administratif. Dans ce **volet administratif**, nous insistions sur l'organisation du service avec élection d'un représentant, d'un suppléant et élection des membres du bureau. Cela permettait tout simplement de donner une certaine légitimité aux représentants et en même temps en limitant le nombre de mandats à trois fois deux ans, nous évitions le risque qu'un représentant ne prenne le pouvoir et se considère comme le chef des psychologues. C'était notre souhait.

Le **cadre institutionnel**. C'est important de construire un service des psychologues mais aussi de poser les bases institutionnelles, parce que le but était de faire connaître la profession, méconnue sur les CHU, et aussi de se faire reconnaître en tant qu'entité institutionnelle. Pour le cadre, il s'agissait d'abord de savoir où le poser. Où allons-nous poser les bases de ce service ? Pas dans le corps médical, ni dans le corps paramédical, nous ne faisons pas partie de la direction des soins. Nous ne dépendons pas des médecins. Nous ne dépendons pas non plus du directeur des soins. Comment exister au milieu de tout cela ? Et il est sûr que nous travaillons avec les médecins, nous travaillons aussi avec les paramédicaux, comment se situer autour de cela ? La procédure de recrutement nous a aussi un peu aidés. Je vais juste vous en dire deux mots : nous participons au profil de poste, le médecin responsable de l'unité peut également y participer, mais nous sommes deux ou trois psychologues à écrire le profil de poste, il y a ensuite une publication de poste en interne et en externe, une présélection sur dossier qui est faite par trois psychologues du service des psychologues, et enfin un jury d'entretien avec le médecin responsable de l'unité et un ou deux représentants du service des psychologues. Je crois que cela a été une façon de faire connaître la profession et aussi de prendre nos marques dans cette organisation et dans ce recrutement. Je parle là des recrutements de contractuels, pour les titulaires, c'est le concours sur titre, donc nous n'y participons pas. Mais nous donnons un avis par rapport au fait qu'il y ait un poste ou deux mis au concours. Le DRH nous le demande. Mais, il y a deux tiers de CDD et CDI actuellement sur l'hôpital de Rennes.

## **Michel Leroux**

### **Représentant du service des psychologues, CHU Rennes**

Je suis le représentant du service des psychologues depuis 2012, un peu plus d'un an maintenant. Je ne vais pas vous parler de l'historique mais, j'étais en train de penser, que le service existe depuis presque six ans. Cela commence donc à faire un peu de temps, je vais donc vous proposer quelques réflexions qui me sont venues par rapport à ce fonctionnement.

D'abord, la création de ce service, pas « de psychologie », mais « de psychologues », j'y reviendrai peut-être. Il a été décidé que ce soit « de psychologues », la création de ce service donc, avait quelque chose d'inattendu. Les psychologues continuaient, ils continuent encore un peu, à se plaindre de non-reconnaissance. Le collège était perçu, mais administrativement il n'avait aucune existence. Du coup, du jour où nous avons eu cette existence administrative, nous avons parlé de la procédure de recrutement, du règlement intérieur. En fait, nous avons été confrontés à quelque chose de nouveau. Nous ne pouvions plus dire que nous n'étions pas reconnus mais alors qu'est-ce qu'on fait ? Nous nous sommes regardés, nous avons causé, nous avons réfléchi et puis nous en sommes arrivés, logiquement, à nous dire : il faut expliquer ce que nous faisons à l'hôpital. Nous avons mis en place un colloque. À la fin de l'année, ce sera le troisième de ce type. Nous nous sommes rendus compte que ce colloque permettait avant tout, dans un premier temps en tout cas, de nous faire connaître, de parler de notre travail au sein même du CHU, et éventuellement aussi autour. Je dirai que ce colloque a été très important, je ne sais pas quel terme utiliser, pour, je vais dire, fédérer les psychologues autour de quelque chose. Là, nous sommes tombés d'accord alors qu'autrement nous sommes assez souvent en désaccord. Je trouve que cela a eu des conséquences importantes sur la reconnaissance du travail des psychologues à l'hôpital et même un certain rayonnement parce que, du coup, nous travaillons régulièrement avec l'Université, par exemple à Rennes II. Cela a eu des conséquences aussi sur des projets de recherche, des liens se sont tissés et la profession, je trouve, a pris une certaine ampleur, maintenant, qui me semble, par certains côtés, intéressante.

Pourquoi cela ne fonctionne pas trop mal ? Il me semble qu'il y a deux choses à Rennes : un service des psychologues, je viens d'en parler, et le collège. Le collège continue de fonctionner et c'est là que les choses se discutent. Le service des psychologues est une entité administrative, comme telle, elle est figée, alors que le collège continue à être le lieu du débat, et des débats il y en a. Je veux dire par là que le discours ou les réflexions restent toujours très vifs ; quelque chose d'un peu aigu continue de persister et, me semble-t-il, nous empêche de devenir simplement une entité administrative. Une approche administrative est nécessaire dans certaines circonstances, avec des démarches administratives. Effectivement, dans une institution, cela semble logique. Mais, en même temps, il ne faut pas être contaminés par ce discours, pas trop en tout cas, et risquer de perdre la possibilité de réfléchir. Je fais référence ici à ce dont nous avons entendu parler pendant la journée, c'est-à-dire la question de la réflexion clinique. Il me semble que notre collège, jusqu'à aujourd'hui en tout cas, garde cette possibilité, garde ce tranchant de la clinique, toujours là, et évite peut-être, de tomber dans quelque chose de complètement administratif, uniformisant, quelque chose qui vient dire : « protocolisation », qui vient dire : « évaluation », discours que vous connaissez, que nous connaissons bien à l'hôpital. Dans ce lieu-là, le collège, il reste cette possibilité de débattre encore.

Je voudrai juste rebondir également sur ce que disait Madame Lenoir-Salfati, à un moment donné elle dit : « *le psychologue est en position de surplomb* ». Je n'ai pas fait beaucoup d'escalade, mais c'est vrai que le surplomb est un passage particulièrement difficile où l'on est quasiment dans le vide et, effectivement, je crois que le psychologue doit rester, me semble-t-il à l'hôpital, je ne sais pas si c'est en position de surplomb mais, en tout cas, dans une position



un peu à côté. Pas médical, pas paramédical, sûrement pas, mais un peu à côté, dans le sens de toujours pouvoir garder cette possibilité d'interroger. J'entends parler de projets psychologiques, par exemple, je rejoins là le service de psychologie. Le projet psychologique, cela m'interroge ; un projet médical, je sais ce que c'est, enfin je vois. Le projet social, éventuellement. Un projet psychologique, c'est-à-dire si on contribuait effectivement à réfléchir, à comment le penser, à comment écrire un projet dit psychologique, je ne sais pas ce que cela va faire. Moi, j'ai peur. Est-ce que c'est cela que j'ai entendu tout à l'heure quand j'ai entendu parler de la position d'être contre ? Est-ce que c'est cela qui fait symptôme ? Je ne sais pas. Mais il est clair que si nous voulons garder notre discours critique, dans le sens clinique du terme, il me semble que nous devons rester très vigilants. C'est peut-être cela qui nous fait peur quand on parle de s'organiser et de faire partie de l'institution ; c'est possible, je ne sais pas. Ce sont des réflexions que je vous livre. En tout cas, il me semble que c'est un petit peu un pari, c'est-à-dire accepter d'être intégré à l'institution et pouvoir garder toujours, quand même, cette possibilité d'être à côté en même temps. C'est vrai qu'il y a une espèce de paradoxe, là, mais il me semble que c'est dans cette difficulté, dans cette instabilité, dans cet inconfortable, que nous pouvons réussir à faire exister quelque chose en terme de discours clinique.

### **Marie-Thérèse Fourgeaud**

#### ***Animatrice du Collectif National des Psychologues de la CGT***

**S'organiser, pourquoi ou pourquoi pas ?** Nous allons commencer par Pourquoi pas ? Long et âpre débat au sein du collectif, pas tout à fait clos.

À l'automne 2011, suite à la proposition faite par la DGOS au groupe de réflexion sur la fiche métier, de travailler sur une organisation de la profession, nous avons mené une enquête auprès des psychologues. Nous étions dans du 50-50 %. D'un côté, des psychologues prêts à s'organiser avec l'exemple emblématique du groupement des hôpitaux de Guadeloupe-Martinique et de l'autre côté une résistance très active qui nous accompagnera tout au long du chantier, du côté des psychologues de l'APHP, notamment. Au Printemps 2012, nous avons recueilli 716 questionnaires (50 % de titulaires et 50 % de contractuels). Ce questionnaire concernait essentiellement la question du FIR. Nous souhaitions faire un état des lieux sur ce « temps » utilisé. Je rappelle qu'à ce moment-là la nouvelle circulaire sur l'attribution de la fonction FIR pour tous n'était pas parue. Contrairement aux idées reçues, seulement 30% des titulaires prenaient un 1/3 temps contre 6 % de contractuels. 17 % des psychologues ne prenaient rien. Concernant la quotité désirée, environ la moitié des psychologues désiraient 3 demi-journées et la moitié 2 demi-journées. 96 % demandaient cette fonction FIR pour tous. Mais ce qui nous intéresse aujourd'hui, ce sont les questions concernant la gestion de cette fonction car elle touche la question de l'organisation. Si la majeure partie d'entre eux réclamait une gestion personnelle (>70 %), près d'un tiers acceptait une gestion en partie personnelle et en partie avec les pairs, mais tous s'accordaient à ne pas vouloir d'une organisation par les pairs seulement. Près de 80 % d'entre eux acceptaient d'en rendre compte.

Parallèlement à cette enquête, le SNP a diffusé des informations sous couvert des rencontres du SNP avec la DGOS mais qui témoignaient surtout de la position du SNP pro organisation de la profession. Leur modèle, très structuré avec la figure du psychologue chef, a suscité une défiance de la majorité des professionnels. Les réunions que nous avons pu alors organiser en régions furent houleuses, parfois instrumentalisées par le syndicat SUD qui s'était démarqué du travail engagé à la DGOS dès le mois d'octobre 2011.

Donc, revenons à cette question : « Pourquoi/pourquoi pas ? ». Les psychologues se sont posé beaucoup de questions : qu'est que la DGOS nous veut ? Pourquoi un chef ? Nous ne voulons pas de chef. Et, toujours cette revendication de notre fonction tierce dans le conflit

psychique qui doit rester tierce dans l'institution, ne pas courir le risque d'être mis au pas par une organisation bureaucratique folle.

### Alors, **pourquoi y aller quand même?**

Depuis le décret de 91, il est difficile d'avoir des chiffres précis mais le nombre de psychologues a au moins doublé ; la dimension psychologique a été intégrée à de nombreux projets en MCO particulièrement (plan cancer, soins palliatifs...). Par contre, cela s'est fait au large détriment du statut. Ainsi, on a pu constater une augmentation exponentielle du nombre de contractuels (60% en janvier 2010, chiffre de la DGOS). La mise au pas se fait par ce biais-là, le statut précaire entraînant l'acceptation de la mise à mal de notre statut par les professionnels eux-mêmes. Les résultats de l'enquête sur le FIR en disent long. Sur l'analyse des 716 réponses qui représentent environ 1000 professionnels, certaines réponses étant des réponses de collègues, seulement 4 % des titulaires et 1 % des contractuels prennent un tiers temps ! L'écart se creuse entre contractuels et titulaires, 31 % des contractuels prennent 2 à 3 demi-journées alors que 61 % des titulaires prennent ce même quota, soit le double. 7 % des titulaires versus 28 % des contractuels ne prennent pas de FIR, soit 4 fois plus... De même, toutes les interpellations qui nous ont été faites par les collègues mis en difficulté dans leur exercice, par les médecins qui imposent des manières de faire ou /et surtout par les cadres de santé mis de plus en plus souvent en position de supérieurs hiérarchiques des psychologues. Et, enfin, surtout en 2010 dans la loi HPST, la dimension psychologique est biffée du chapeau de la loi ; suite à nos interpellations, un sénateur répondra que ce n'est là que de la littérature !

Pour toutes ces raisons, une organisation de la profession comme outil d'élaboration et de promotion du projet psychologique nous apparaît alors une solution contre la casse de notre métier à l'hôpital.

### **Comment ?**

La circulaire de décembre 2012 est le résultat très fidèle de nos débats. Non, les représentants de la DGOS ne nous veulent pas de mal, parole de Madame Lenoir Salfati, « *à la fin de l'expérimentation, si les psychologues ne veulent pas d'une organisation, ils n'en auront pas...* »

Nous avons essayé de penser à tous les possibles de manière à ouvrir le plus largement possible le champ des modalités de cette organisation. Le pivot central en est le projet psychologique dans sa dimension clinique et sa fonction information-recherche. Les aspects administratifs seront à définir en fonction du contexte local. La première étape est de s'approprier cette démarche, de rentrer dans l'expérimentation donc de convaincre nos directions qui se révèlent être frileuses selon les premiers retours que nous avons. Pourquoi cette frilosité administrative ? Une construction de notre corps professionnel autour d'un projet psychologique inquiète autant les médecins que les directions. En effet, les psychologues sortiraient alors du fantasme de l'électron libre, les contractuels pourraient prendre appui sur la structure ainsi créée et sortir de l'isolement dans lequel la précarité les maintient. L'enjeu de cette organisation va au-delà de la défense de notre corps professionnel, il y va d'un enjeu politique du discours psychologique à l'hôpital et dans notre société. La littérature dont parlait le sénateur Barbier vient justement pour contrebalancer le discours scientiste des organicistes et des laboratoires qui voudraient faire de l'usager des soins un objet et non l'acteur de sa maladie et de son parcours de soins. Nous menons des réunions en régions afin d'expliquer ce projet. Les résistances des collègues tombent de plus en plus face au constat de la mise à mal de notre exercice, « pour vivre heureux, vivons cachés » ne fait plus florès. Le projet, tel que nous le concevons, doit nous donner une place discrète sur le plan administratif, de collaboration à l'élaboration de fiche de poste, d'avis à donner sur le recrutement et laissons aux administratifs les contingences telles que congés, maladie, frais de route. Par contre, prenons une place sur la scène institutionnelle. Un représentant de ce que l'on pourrait appeler « département » de psychologie siègerait à

la CME, voire au Directoire et au Conseil de Surveillance qui ont jusque-là la prérogative de l'élaboration des projets de prise en charge. Ne laissons plus les aspects de la prise en charge psychologique des usagers du soin à la libre et à la seule appréciation des médecins. L'hôpital, depuis la loi du 4 mars 2002 n'est plus leur hôpital, c'est celui des bénéficiaires de soins, le dossier appartient au patient, ce même patient doit consentir aux soins qu'on lui propose. Notre action à l'hôpital qui vise à promouvoir l'autonomie de la personne, s'inscrit dans cette philosophie. Ne laissons donc plus l'hôpital aux médecins et aux paramédicaux. Notre métier est ressorti de la filière « soins » pour revenir dans la famille, « social, éducatif, psychologique ». Notre rôle d'accompagnement des malades et de leur maladie est un rôle à part entière et ne doit pas être contingenté par des exigences budgétaires. Défendre notre place à l'hôpital passe par une organisation de notre profession...à nous de la créer.

## Échanges avec la salle

### ***Bénédicte Passaquet***

*Représentante de la Fédération des collèges de psychologues de l'APHP*

À partir de quand va-t-on dire que l'expérimentation a raté ? C'est-à-dire à partir de quel moment va-t-on dire que les psychologues ne veulent pas d'organisation ? Parce que là nous sommes tous concernés, nous nous sommes déplacés, la FFPP organise une journée, c'est très bien. Moi, je suis là, cela m'intéresse, je m'implique dans mon hôpital. Je suis représentante de la fédération des collèges de psychologues et je me dis : « à partir de quand va-t-on se dire que cela va louper, que nous sommes passés à côté ? » Parce que nous ne sommes pas une profession dans une situation où nous avons un sentiment de mise en danger, c'est-à-dire qu'on ne l'est pas, nous peut-être, mais dans les services nous n'avons pas le sentiment que si nous n'y arrivons pas, la profession risque quelque chose. Et donc fédérer pour moi, c'est une évidence, mais il y en a beaucoup dans les services qui n'ont pas du tout ce sentiment-là, et j'ai l'impression que cela va être difficile de les amener vers une organisation, vers la nécessité de s'organiser. Je pose donc la question : « à partir de quand considère-t-on que ce sera un échec ? ». Parce que c'est une certaine façon de poser la question : « où est le danger, en fait ? ».

### ***Marie-Thérèse Fourgeaud***

*Animatrice du Collectif National des Psychologues de la CGT*

Je vais répondre par rapport au cadre de travail que nous nous sommes posés avec la DGOS. Cette expérimentation est lancée pour deux ans. Sachant que les candidatures, finalement, comme l'a dit madame Lenoir Salfati, vont être recueillies pendant toute cette année. Nous sommes donc partis pour trois ans de travail. Ce qui a été décidé, c'est que les candidatures seraient examinées et il y aura donc un suivi, c'est l'annexe 2, avec un référent de l'hôpital qui a candidaté, référent qui peut être un administratif ou qui peut être un psychologue, ce sera décidé en partenariat. Tous les six mois, il devra y avoir un retour de ce qui a été mis en place, des points de butée, des difficultés rencontrées. Est-ce que ce sont des difficultés d'organisation, de budget, d'éloignement ? Enfin, nous avons essayé de penser un peu à tout en fonction de notre pratique. Le comité qui va examiner ces retours d'annexes, de dossiers, se compose de représentants de la DGOS, de représentants de la Fédération Hospitalière de France et des représentants des partenaires sociaux, des syndicats qui siègent au Conseil Supérieur et qui sont dans le cycle du travail depuis maintenant presque deux ans.

Alors, quand considèrera-t-on que cela a raté ? Drôle de question. Si nous avons un ensemble, je vais dire n'importe quoi : cent hôpitaux qui ont posé leur candidature. Sur ces cents hôpitaux, nous avons dix retours où tout se passe pour le mieux dans le meilleur des mondes, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de points de butée, il n'y a pas de difficultés d'organisation, et par contre quatre-vingt-dix qui n'ont pas pu mettre en place une structure ou la possibilité de l'élaboration d'un projet psychologique, qui pour moi, n'est pas du tout détaché du reste. C'est une collaboration de toute façon, tous les projets, qu'ils soient infirmiers, médicaux, sociaux, actuellement, il s'agit déjà d'une collaboration. Il y a donc un point de butée là-dessus. Il y a un point de butée sur le volet administratif ; l'impossibilité d'élaborer des projets dans le cadre de la fonction FIR, c'est-à-dire des partenariats, ce qui est évoqué, c'est un partenariat avec l'université. Si nous avons 90 % de retours d'échec complet sur ces différents points, oui, alors, nous pourrions considérer que l'organisation ne peut pas fonctionner pour les psychologues. Vous pouvez aussi répondre à cette remarque madame Lenoir Salfati. Mais, comme tout est possible, et que nous attendons vraiment tout ce que vont imaginer les hôpitaux, enfin les collègues en partenariat avec les administrations, c'est la surprise complète. C'est donc très difficile de répondre à votre question.

**Patrick Cohen**  
*Modérateur, FFPP*

Y-a-t-il danger à refuser cette expérimentation, je vais me permettre de donner une réponse. Les dangers sont, et l'histoire de la profession le révèle, très réels. Parce que la profession a refusé de discuter la question des actes, nous nous retrouvons aujourd'hui dans la situation où nous nous plaignons que notre travail n'est pas reconnu et que personne n'identifie ce que nous faisons. C'est la profession qui en est responsable par son attitude de refus, à l'époque, face à un rouleau compresseur, de la tarification à l'acte.

Deuxième danger, nous n'avons pas arrêté de déplorer les CDD dans le secteur hospitalier. Cette précarisation n'est pas le fruit du hasard mais le reflet de la perception qu'ont les employeurs sur l'utilité des psychologues! Les infirmiers sont loin de connaître une telle précarisation. Nous avons vu cela dans le médico-social dans les années 80, où des psychologues étaient juste recrutés pour signer les feuilles CDES. Ils n'avaient pas d'autre utilité que celle de l'obligation administrative !

De même, nous avons refusé de participer au plan Kouchner sur les réseaux de soins par crainte d'être para médicalisés! Nous pouvons aujourd'hui constater que ce n'est pas le cas mais nous constatons aussi que nous avons « raté » l'opportunité de la création de milliers de postes.

Nous évoquons régulièrement les risques de l'évaluation et affirmons bien haut notre refus d'y participer! C'est comme si on pouvait penser que les psychologues vont échapper à l'évaluation pour rester à part. Quelle société, quelle institution peut accepter que tout le personnel soit évalué, sauf un, qui aurait le droit de ne pas être évalué, le psychologue ? Si les psychologues ne travaillent pas à cette question de l'évaluation, et bien les autres vont la définir pour nous, et dans cinq ans, dans dix ans, nous allons nous plaindre et nous dirons ce n'est pas normal d'être évalué de telle et telle manière avec tel et tel contenu et telle et telle démarche; parce que nous n'apportons pas nos positions sur ces questions.

## ***Intervenant A***

En 2011 dans le cadre de la RGPP, nous avons perdu un temps plein de psychologue clinicien, nous avons fourni tous les rapports d'activité qui montraient tous que l'activité était en augmentation et nous n'avons pas été entendus. Les évaluations, moi je veux bien, mais le jour où la décision tombe, qu'il y ait évaluation ou pas, cela ne change strictement rien.»

## ***Intervenante B*** ***Hôpital Sainte-Anne***

Juste deux questions. Pour aller dans le sens de ce que vous venez de dire, premier point, est-ce que nous ne risquons pas de l'avoir dans le baba concernant la question des « pairs-aidants », qui commencent à être implantés dans certains services de psychiatrie et pour lesquels il y aurait une formation sur deux ans ?<sup>1</sup> Deuxième point, concernant les collègues du travail pour le service de psychologues, y a-t-il participation ou pas ? Quelles sont vos relations avec le psychologue du personnel ?

## ***Maité Roux*** ***Psychologue, ex-représentante du service des psychologues, CHU de Rennes***

Concernant le recrutement du psychologue du personnel, cela a été toute une aventure. C'est le directeur général qui a pris les choses en main. C'est-à-dire qu'il a dit : « il n'est pas question que ce psychologue fasse partie du service des psychologues ». Nous avons été très surpris et nous avons réussi quand même à faire un profil de poste, avec le directeur du personnel, mais nous sentons que c'est un poste qui est particulier... Cela a été dur mais nous avons réussi à faire accepter dans la fiche de poste, que le psychologue du personnel puisse participer aux collègues. Mais c'est un poste un peu difficile. Maintenant, il y a un recrutement pour un mi-temps et là, le DRH a pris les choses en main. Pour ce poste-là, il ne respecte pas notre procédure de recrutement. Cela pose problème mais c'est comme cela, il n'a pas envie du tout que le psychologue du personnel, discute avec les autres psychologues ; c'est presque ainsi que cela nous a été dit.

## ***Gilles Métais*** ***Animateur du Collectif National des Psychologues de la CGT***

Pour répondre à mes collègues qui s'interrogeaient sur l'aspect gagnant ou perdant. Je crois qu'il ne faut pas perdre de vue ce que nous sommes globalement. Là, nous nous sommes arrêtés sur une journée pour réfléchir à ce dispositif de travail. Ce sont des conditions de travail qui vont se modifier pour nous, évidemment, nous nous lançons dans quelque chose de nouveau. Néanmoins, il ne faut pas oublier que nous sommes des personnes qui travaillons à l'hôpital et nous avons à réfléchir aussi sur toutes les autres conditions de travail. En termes d'activité syndicale, nous devons maintenir notre activité d'engagement, de contestation sur des points sur lesquels nous ne sommes pas d'accord, par exemple : l'application de la résorption de l'emploi précaire. Il va falloir nous mobiliser, c'est-à-dire que ce n'est pas quelque chose qui va s'obtenir facilement. Sur la question de l'évaluation, syndicalement, nous sommes contre l'évaluation telle qu'elle est proposée dans les textes aujourd'hui, cela ne veut pas dire que nous sommes contre l'évaluation. Mais il faut redéfinir ce qu'on entend par évaluation. Le

---

1. Nous avons choisi de ne pas reproduire quelques échanges autour des tiers-aidants qui sortent du cadre du présent débat

projet doit s'articuler aussi avec un positionnement global de la profession. Si nous ne sommes pas mobilisés sur des questions essentielles, comme celles de la résorption de l'emploi précaire, de notre salaire et de l'évaluation qui va s'appliquer en 2014, cela aura des conséquences sur l'engagement dans la structuration et sur le mode de structuration qui sera proposé et, au final, la synthèse qui en sera faite. Il est donc important de rester mobilisés.

### ***Dario Morales***

#### ***Hôpital Sainte-Anne***

Nous sommes très nombreux de l'hôpital à venir ici. En fait, nous commençons à peine à réfléchir à notre façon de nous engager dans cette candidature. Je me permets de dire ceci, nous sommes venus là dans l'idée d'échanger, d'apprendre, et nous voyons, par exemple dans la dernière table ronde, qu'il y a déjà des expériences. Monsieur Monami évoquait le fait que, depuis plusieurs années, cinq ans, six ans, ils travaillent pour en arriver là. La difficulté est que, du point de vue temporel, il faut un temps logique. Il faut du temps pour tout cela mais il y a aussi une pragmatique du temps. J'assiste à des réunions en région parisienne, il y a des tas de collectifs et de collègues qui ont du mal à pouvoir s'implanter et à faire leurs premiers pas. Je pense que nous avons besoin des expériences. L'idée d'un suivi me conforte dans l'idée que nous vivons à l'époque d'internet et de la communication, il faut absolument que nous puissions lire ce que vous faites, vos expériences. En effet, au fur et à mesure que nous avançons dans l'écriture du projet et des tas de questions apparaissent. Monsieur Leroux évoquait tout à l'heure le problème, par exemple, avec l'annexe et l'article six sur le projet psychologie, nous butons dessus. Nous avons rencontré des collègues de l'hôpital Saint-Louis à Paris, la fondation Vallée aussi, nous butons sur des points et je pense que grâce à l'expérience des uns et des autres, nous pouvons non pas rater mais réussir, non pas l'expérimentation, mais au moins l'écriture et le rapport avec nos administrations. Je pense que c'est important d'être dans cet échange et mon idée serait que vous puissiez, nous vous donnons nos mails, nous faire part de votre travail, dans l'intérêt général. Nous évoquons, bien entendu, des problèmes locaux, chaque hôpital a sa spécificité, mais il y a également par rapport à la profession, un positionnement global qui est nécessaire de nos jours et il ne faut absolument pas rater cela, c'est une donnée élémentaire.

### ***Intervenante C***

Combien d'hôpitaux ou de sites se sont déclarés, aujourd'hui, prêts à faire l'expérimentation ?

### ***Marie-Thérèse Fourgeaud***

#### ***Animatrice du Collectif National des Psychologues de la CGT***

Nous avons posé la question tout à l'heure à Madame Lenoir-Salfati et, quand elle a voulu aller voir le nombre de candidatures, elle s'est rendu compte de dysfonctionnements au niveau du site qui était dédié à poser les candidatures. La première réunion qui devait examiner ce retour de candidatures a été repoussé à avril. Les choses sont lancées, maintenant nous ne pouvons pas vous répondre précisément.

### ***Intervenant D***

Rennes est une expérience, en tout cas je ne crois pas que ce soit un modèle. Pas du tout. C'est une expérience, il y a deux ou trois choses à dire à partir de là. Ensuite, c'est vraiment

dans la constitution et dans les points de butée puisque cela a été évoqué, qu'il faut travailler. C'est aussi au moment où nous avons rencontré des difficultés que nous avons discuté, que nous sommes arrivés à des compromis. Des désaccords, il y en a toujours d'ailleurs. Cela ne nous empêche pas d'avancer. Ce n'est pas toujours facile. Mais on peut ne pas être d'accord avec quelqu'un, voire en opposition, et une fois que le débat est terminé, cela n'empêche pas de sortir de la salle et de pouvoir discuter, même de prendre un café. Ce n'est pas évident mais nous faisons des progrès là-dedans et aujourd'hui, c'est plutôt mieux. Ce n'est pas gagné mais c'est plutôt mieux : nous arrivons à être en désaccord vraiment et nous arrivons quand même à pouvoir continuer à se parler et à s'apprécier. Il faut donc le voir vraiment en termes d'expérience, pas de modèle.

***Élodie Benoît***

*Psychologue, Centre Hospitalier de Vichy, représentante du personnel CGT*

J'avais une question sur les collègues, quel statut juridique ont-ils ? Ont-ils une reconnaissance auprès des ARS également ?

***Marie-Thérèse Fourgeaud***

*Animatrice du Collectif National des Psychologues de la CGT*

Non justement, le propre des collègues c'est de ne pas avoir de statut juridique. Certains se sont montés en association et ont le statut juridique des associations, loi de 1901. Mais les collègues n'ont pas d'existence, justement, d'où l'idée d'une structuration officielle dans la fonction publique hospitalière, de manière à avoir une organisation qui ait un statut dans la fonction publique hospitalière.



## Intervention de clôture

**BENOÎT SCHNEIDER**

Président de la FFPP

En introduisant cette journée, ce matin, j'avais d'emblée pointé l'idée que le processus engagé aujourd'hui dépassait largement une simple régulation du contexte de travail hospitalier, mais engageait une certaine responsabilité vis-à-vis et de la part des psychologues de la Fonction publique hospitalière, au sein et hors de leur institution. Je crois important de le rappeler à nouveau.

Nous avons été bien sûr satisfaits que vous veniez aussi nombreux aujourd'hui. Du fait des délais ou des difficultés d'inscription, nous ne savions pas quelle serait la réussite de cette journée, or vous êtes à la fois à la fois nombreux et vous reflétez une grande diversité de lieux et d'orientations.

Cette journée a certainement contribué, on peut l'espérer, à une clarification des enjeux à partir des problématiques qui étaient posées initialement. Elle a aussi permis d'exprimer des inquiétudes, des attentes, des engagements également et enfin une large palette de positions. Peut-être qu'à un moment donné a été évoquée l'idée de suspicion ou de risques par rapport à la proposition de la DGOS. S'il doit y avoir réponse à ces interrogations, son sens ne réside pas seulement dans celui à qui on attribue la proposition : il dépend aussi de la position adoptée par rapport à la proposition. Elle tient donc en partie à nous et beaucoup à nous. Michèle Lenoir a évoqué un certain nombre de niveaux de résistances : ceux de l'administration hospitalière, celui, comme elle l'a appelé, des corps constitués, et aussi celui des psychologues eux-mêmes. Malgré les divers niveaux de résistances, je crois que nous pouvons aussi nous rappeler qu'il n'y a pas beaucoup de façons d'agir pour essayer de faire bouger les choses. Un des premiers leviers dont nous disposons est soi-moi-même.

Sur cette base, de façon suffisamment réitérée, a été rappelée au cours de cette journée la situation de risque dans laquelle nous nous trouvons ; un indicateur massif a été mentionné à de multiples reprises, celui du nombre de contractuels au sein de la FPH. Il va de notre responsabilité de saisir une opportunité de progrès potentiel. Rappelons l'origine de la proposition qui est faite : c'était une réponse à nos inquiétudes, c'est celle qui a suivi un mouvement de contestation, de protestation. Il y a là une opportunité pour progresser par rapport aux craintes que nous avons manifestées et, je crois, que, de ce point de vue-là, ce n'est pas seulement la réponse à une inquiétude mais la possibilité de progresser par rapport à la qualité d'une profession et à la qualité de sa responsabilité sociale. Sur cette base, la FFPP

a proposé cette journée aujourd'hui, c'est donc maintenant la question de la suite qui va se poser.

Les interventions ont été enregistrées, elles vont donner lieu à une retranscription écrite, elles seront diffusées et seront mises à disposition de l'ensemble de la collectivité ; ce sera une première phase de travail. Notre tâche ensuite ne consistera pas à d'emblée donner des réponses à ce contenu mais à essayer de proposer au plan national et au plan régional une méthodologie pour faire progresser la réflexion : à la fois par la réflexion individuelle de chacun des psychologues, mais aussi et surtout en essayant de soutenir des démarches qui se mettent en place, des expériences qui s'amorcent, et à les faire connaître. J'entends bien l'idée de Michel Leroux, il a tout à fait raison, chaque dispositif n'est pas directement transposable ; néanmoins, pour soutenir la réflexion, nous avons besoin des expériences réalisées par les autres. De la confrontation et des échanges naissent des propositions nouvelles. Il s'agit effectivement de partages d'expériences. Les structures qui se lancent dans l'expérimentation proprement dite, qu'elles le fassent connaître et qu'elles bénéficient des expérimentations d'autres. Les expérimentations ne sont pas toujours possibles, certains l'ont exprimé ce matin : dans des situations conjoncturelles particulières, il n'y a pas de réponse positive de la part de l'administration. Pour autant, est-ce impossible de réfléchir ? Peut-être qu'il est envisageable d'explorer des modalités de travail sur des points plus sectorisés au sujet desquels les psychologues puissent échanger sur la base d'une réflexion collective et qui pourra s'inscrire dans la définition globale de ce qui pourra advenir à la fin de l'expérimentation. Nous devons réfléchir à l'interne à ce dispositif méthodologique. En partenariat également, c'est essentiel, comme notre collègue Gilles Métails de la CGT vient de le rappeler ; chacun dans son champ spécifique, puisqu'en tant qu'organisation associative la FPP n'est pas directement une organisation syndicale. Des démarches complémentaires peuvent être articulées. Penser des modes d'organisation de travail, c'est aussi les penser à partir des conditions de travail. Nous allons essayer de penser et contribuer à cette articulation des compétences. Enfin viendra le temps des propositions mais celles-ci devront s'appuyer sur l'expérience et la réflexion acquises à l'issue de la phase d'expérimentation.

Pour finir, je saisis cette occasion pour souligner que toute démarche de réflexion relative à l'organisation du travail ne peut se poser sans lien avec la déontologie des psychologues, déontologie traduite dans le Code qui vient d'être actualisé : je vous invite donc à contribuer à son inscription en le signant sur son site dédié<sup>1</sup> qui rappelle les démarches et les enjeux de cette actualisation.

Au nom de la FPP, je remercie d'abord les conférenciers qui ont répondu à notre sollicitation, en particulier, Madame Lenoir-Salfati, je remercie l'équipe nationale et locale conduites par Gladys Mondière et Hélène Fréaux pour l'organisation mise en place, et enfin je vous remercie toutes et tous de votre participation active et attentive, en espérant qu'elle soit un point de départ et d'arrivée. Merci.

---

1. <http://www.codedededeontologiedespsychologues.fr/>



**Fédération Française des Psychologues et de Psychologie**

71, avenue Édouard Vaillant - 92774 Boulogne Billancourt

Téléphone : 01.55.20.54.29 - Fax : 01.55.20.54.01. - E-mail : [siege@ffpp.net](mailto:siege@ffpp.net)

Site : [www.psychologues-psychologie.net](http://www.psychologues-psychologie.net) ou [www.ffpp.net](http://www.ffpp.net)

Forum : [www.psychologues-psychologie.net/forum](http://www.psychologues-psychologie.net/forum)