



Directeur d'hôpital
Promotion : **2020 – 2021**
Date du jury : octobre 2021

Structurer l'action des psychologues
dans un établissement hospitalier
de MCO et SSR

Jean Lucrezia

Remerciements

Je souhaite remercier en premier lieu l'ensemble des psychologues du GH et de la Fédération des collègues des psychologues de l'AP-HP pour le temps consacré aux entretiens qu'ils ont eu l'amabilité d'accorder au rédacteur de ce mémoire, pour l'intérêt qu'ils ont porté à nos échanges et pour avoir accepté de soumettre à la réflexion aussi bien la nature même de leur profession, de leurs missions, que les spécificités de leur positionnement professionnel, de leur discipline et de la formation universitaire qui est la leur.

Il convient également de remercier Richard Rouxel, directeur de la filière 'directeurs d'hôpital' à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique (EHESP), pour ses précieux conseils dans la définition du juste périmètre pour cette réflexion, et pour son encouragement à étendre le champ aux pratiques cliniques des psychologues à l'hôpital, à l'appareil de formation universitaire de la psychologie et à la spécificité des fondements théoriques sur lesquels s'appuie l'exercice de la psychologie en France.

Enfin, le directeur des ressources humaines du GH doit lui aussi faire l'objet d'une gratitude particulière pour le caractère inspirant de ses décisions et arbitrages dans la rédaction du projet psychologique du GH. Cette collaboration professionnelle a suscité chez le rédacteur de ce mémoire un grand nombre des réflexions abordées par la suite dans la dernière partie de ce mémoire.

S o m m a i r e

Introduction.....	1
Eléments de contexte et précisions méthodologiques	3
I. Plusieurs facteurs concourent à faire de la psychologie une activité faiblement administrée dans les établissements de MCO-SSR	6
1.1 L'activité psychologique est faiblement organisée par l'établissement	6
1.1.1 Les psychologues font l'objet d'une gestion administrative moins rigoureuse que celles des autres professionnels de l'hôpital.....	6
1.1.2 Les psychologues sont intégrés de manière variable à la vie du service de soins par des pratiques managériales diverses des médecins-chefs de service	9
1.1.3 L'activité psychologique fait rarement l'objet d'un pilotage stratégique	11
1.2 Un grand nombre de facteurs s'opposent à la structuration de la psychologie à l'hôpital	12
1.2.1 Un premier faisceau d'obstacles « matériels » tiennent à la faible place de la santé mentale en MCO-SSR, à la diversité objective des rôles et missions des psychologues, ainsi qu'aux textes qui leur sont applicables	13
1.2.2 Un second faisceau de facteurs tiennent à la culture professionnelle des psychologues et à la manière avec laquelle ils conçoivent leur fonction clinique à l'hôpital ...	19
1.2.3 L'histoire et la structuration universitaire de la discipline peuvent être vues comme à l'origine des difficultés de l'hôpital pour structurer l'action des psychologues	24
2 L'activité psychologique en établissement témoigne d'un besoin de structuration auquel l'état des textes applicables ne répond que partiellement.....	28

2.1 Mieux structurer l'activité psychologique et coordonner ses acteurs apparaît comme le moyen de réduire leur marginalisation au sein de l'hôpital.....	28
2.1.1 Un plan d'actions visant à structurer la psychologie à l'hôpital permettrait une meilleure intégration de la dimension psychique dans les parcours de soins	28
2.1.2 La structuration des psychologues en collège permettrait de réduire la marginalisation de fait dont ils font parfois l'objet.....	30
2.1.3 La structuration des activités de recherche et de formation conduites par les psychologues permettrait un meilleur portage de ces projets par l'établissement.....	32
2.2 L'évolution des textes applicables ne répond que partiellement au besoin de structuration de la psychologie en établissement	33
2.2.1 Une structuration de la profession à l'échelle nationale a échoué faute d'émergence d'un consensus sur les fondamentaux de la profession	34
2.2.2 Le Code de la santé publique n'a pas davantage prévu de placer l'ensemble des psychologues de l'hôpital sous l'autorité d'un unique « psychologue-chef ».....	35
2.2.3 Le législateur semble désormais opter pour une structuration de cette activité 'par la base'	35
3 Sur le plan opérationnel, il revient à chaque établissement de se saisir des instruments de structuration disponibles et d'engager avec les acteurs concernés un pilotage sur-mesure de la psychologie à l'hôpital.....	38
3.1 Trois instruments de structuration sont à disposition des établissements et doivent être utilisés de manière conjointe	38
3.1.1 Le projet psychologique est la pièce maîtresse du pilotage de la psychologie à l'hôpital par sa fonction d'entraînement	38
3.1.2 L'élaboration et le portage du projet psychologique ne peuvent s'appuyer que sur un collège des psychologues suffisamment structuré et efficace	39
3.1.3 Le fonctionnement du collège des psychologues doit s'appuyer sur une mobilisation du temps FIR coordonnée par l'établissement	41

3.2 Un pilotage sur mesure de l'activité de psychologie à l'hôpital pourra permettre une coordination de tous les acteurs concernés	42
3.2.1 Un cadrage préalable du projet sera nécessaire afin d'éviter certains écueils dans la poursuite des travaux	42
3.2.2 Le contenu du projet psychologique doit couvrir l'ensemble des enjeux de la profession pour permettre un pilotage global de cette activité	43
3.2.3 Pour répondre aux enjeux de la gestion administrative des psychologues, il apparaît nécessaire de recourir à une « charte de gestion des psychologues » associant tous les acteurs	45
Conclusion	48
Bibliographie.....	XLIX
Liste des annexes	LI
Annexe 1 : Ventilation par service des équivalents temps pleins de psychologues dans le GH ayant servi de cadre à l'étude	LII
Annexe 2 : Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière (extraits)	LIII
Annexe 3 : Tract inter-syndical « Mobilisation des psychologues » du 10 juin 2021	LVI
Annexe 4 : Cartographie des entretiens réalisés	LX
Annexe 5 : Grille d'entretien des psychologues	LXI
Annexe 6 : Grille d'entretien des médecins-chefs de service.....	LXV
Annexe 7 : Grille d'entretien des cadres de santé	LXVII
Annexe 8 : Grille d'entretien du DRH	LXIX

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMU : Département Médico-Universitaire

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

FIR : Formation Information Recherche (temps FIR)

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GH : Groupe Hospitalier

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation

PNM : Personnel Non Médical

RH : Ressources humaines

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

« En 1982, dans une interview, Foucault évoquera son travail [de psychologue] en ces termes : "Il n'y avait pas de statut clair pour un psychologue dans un hôpital psychiatrique. Aussi comme étudiant en psychologie, j'avais là un statut très étrange. Le chef de service était très gentil avec moi et me laissait faire ce que je voulais (...). J'occupais une position intermédiaire entre les malades et les médecins, et ce n'était pas du fait d'un mérite particulier ou à cause d'une attitude spéciale, c'était la conséquence de l'ambiguïté de mon statut qui me forçait à garder une distance envers les médecins." »

Didier Eribon, *Michel Foucault, 1989*.

Introduction

Dans un récent rapport intitulé *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution* (2019), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) observe une demande continue et croissante de soins psychologiques en France, comme plus largement, dans l'ensemble des pays développés.

Dans ce contexte, exacerbé par les effets de l'isolement dû à la crise sanitaire sur la santé mentale de certaines populations, le ministre de la Santé a déclaré le 30 mai 2020 lors d'une e-conférence organisée par l'association *Psychodon* : "*Je souhaite que l'on s'appuie davantage dans notre pays sur les psychologues*", et affirmé sa conviction selon laquelle, dans un processus de soin, "*la dimension psychologique est tout aussi importante que la dimension somatique*".

Cette intervention du ministre visait toutefois à accompagner le renforcement de l'emploi de psychologues au sein des maisons de santé pluri-professionnelles et centres de santé. La place des psychologues au sein des établissements hospitaliers de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ne semble pas devoir être redéfinie dans un avenir proche, en tous cas pas avant les annonces qui pourraient éventuellement être faites par le Gouvernement aux assises de la santé et de la psychiatrie, dont la tenue a été repoussée au mois de septembre 2021.

Or, à bien des égards, la place et le rôle des psychologues à l'hôpital restent atypiques aujourd'hui. Située en-dehors de la filière médicale par la nature même de cette discipline, largement organisée en-dehors de la filière des soins, ne relevant pas de la filière administrative ou technique puisqu'elle demeure une activité clinique, la psychologie à l'hôpital est faiblement organisée par les établissements. Ces derniers laissent souvent aux psychologues une marge d'autonomie importante dans l'organisation de leurs activités de soins.

Cette autonomie, que l'ensemble des acteurs de l'hôpital constatent, pour la déplorer ou pour s'en féliciter, peut se transformer en marginalisation des soins psychologiques et, dans certains cas, en isolement des professionnels de cette discipline, appelant dès lors à une possible intervention des directions d'établissement. Structurer l'action des psychologues à l'hôpital, organiser ce secteur d'activité et définir pour ces agents un chaînage hiérarchique adapté, apparaît dès lors comme un enjeu pour l'établissement ; un enjeu non seulement

pour la qualité générale des soins à l'hôpital, qui bénéficie nécessairement d'une approche interdisciplinaire, mais un enjeu aussi pour les conditions de travail des psychologues eux-mêmes.

Un certain nombre d'obstacles se dressent toutefois face aux possibilités d'organisation de ces activités par les établissements de MCO-SSR : des obstacles pratiques, liés à la grande diversité des rôles et missions des psychologues au sein de ces établissements, des obstacles juridiques, liés au statut spécifique des psychologues dans la fonction publique hospitalière, mais également des obstacles managériaux liés à la culture professionnelle de ces derniers, à leur formation, voire à l'histoire de leur discipline et à la manière dont celle-ci s'est structurée en tant que corpus théorique.

Ces difficultés diverses, et parfois profondes, appellent une formulation de notre questionnement en ces termes : *en quelle mesure est-il possible aujourd'hui de structurer l'action des psychologues dans un établissement hospitalier de MCO ou SSR ?*

C'est la Direction des Ressources Humaines (DRH) qui, dans de nombreux établissements, a autorité sur les psychologues, et à qui revient la quasi-totalité des actes de gestion de ces derniers. Ce mémoire s'inscrit donc sous l'éclairage des missions de cette direction, apportant à cette question une réponse inspirée tant de l'état actuel des textes applicables, que d'un état des lieux, issu d'une observation de terrain, des enjeux de gestion spécifiques de cette catégorie de personnels de soins.

*

Ainsi, cette étude s'attachera à montrer que si plusieurs facteurs concourent à faire de la psychologie une activité faiblement administrée dans les établissements de MCO-SSR **(1)**, l'activité psychologique témoigne d'un besoin de structuration auquel l'état des textes applicables ne répond que partiellement **(2)**. Il revient donc à chaque établissement, de se saisir des instruments de structuration disponibles et d'engager avec les acteurs concernés un pilotage opérationnel sur-mesure de la psychologie à l'hôpital **(3)**.

Eléments de contexte et précisions méthodologiques

Le présent mémoire a été entrepris à l'occasion d'un stage en Groupe Hospitalier Universitaire (GHU), au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), au cours duquel il a été demandé à son auteur de rédiger, en dialogue avec les psychologues du groupe hospitalier (GH), le projet psychologique du groupe, contribution des 70 psychologues et de la DRH au projet d'établissement.

Le GH concerné ne disposait pas encore de projet psychologique, et les psychologues d'un des trois sites du GH ne s'étaient pas encore structurés en collège des psychologues pour coordonner leur positionnement professionnel. L'état du dialogue entre la DRH et les psychologues constituait en grande partie à des sollicitations individuelles nombreuses et directement adressées au DRH par les psychologues eux-mêmes. Enfin, les collèges des psychologues, dans les 2 centres hospitaliers où ils existaient, ne faisaient office ni de relais ni de filtre facilitant ou organisant les communications entre la DRH et les psychologues.

Ainsi, structurer en premier lieu la représentation de ce secteur d'activité, est rapidement apparu comme un préalable nécessaire pour qu'un dialogue puisse être instauré entre cette profession et la DRH, et que l'élaboration commune d'un projet puisse être envisagé dans un second temps.

Quant aux premiers échanges avec les représentants des psychologues du GH, ils sont à l'origine du choix de ce sujet de réflexion.

J'ai rapidement constaté qu'une *bonne gestion* des psychologues dans un établissement de MCO ou SSR constituait un certain défi pour la DRH : par la complexité des textes applicables, par la complexité des situations et des rapports professionnels qui lient les psychologues à leur établissement et aux autres professionnels, par les complexités managériales liées à la gestion de professionnels marqués par un fort esprit d'indépendance.

J'ai aussi pu prendre graduellement conscience de l'impact -souvent minoré à l'hôpital- d'un accompagnement psychologique de certains patients sur la qualité générale des soins, de l'intérêt de l'approche particulière du parcours de soins défendue par les psychologues, et de l'intérêt de la culture clinique spécifique des psychologues dans un environnement professionnel dominé par la médecine.

Sur le plan méthodologique, la réflexion a été conduite en 5 phases :

- Une phase de constats, qui s'est attachée à caractériser le faible degré d'organisation dont l'activité psychologique fait l'objet aujourd'hui dans les hôpitaux de MCO ;
- Une phase étiologique, ayant pour but d'identifier les causes et les origines de ce phénomène ;
- Une phase d'enjeux, soulignant l'intérêt, voire la nécessité pour l'établissement, d'une plus forte structuration du secteur d'activité psychologique ;
- Une phase d'analyse juridique, attachée à mettre en lumière l'évolution des textes applicables aux psychologues, les raisons et le sens de cette évolution ;
- Une phase opérationnelle, consacrée à faire le point sur les instruments de structuration aujourd'hui disponibles et le type d'utilisation qui peut en être fait.

Un recueil de données a été organisé afin d'objectiver les constats en phase 1, d'avérer (autant que possible) la recherche étiologique menée en phase 2, et d'appuyer sur des témoignages la réalité des enjeux avancés en phase 3. Ce recueil des données a été constitué à partir d'un ensemble d'entretiens semi-directifs conduits sur la base de questionnaires. Les questionnaires comportent en majeure partie des questions fermées afin de pouvoir confirmer ou infirmer plus efficacement les constats avancés dans ce mémoire. La volonté de croiser les points de vue des acteurs sur un même sujet a fondé la cartographie de ces entretiens et la ventilation des questions posées à chaque catégorie de professionnels. Cette cartographie est produite en annexe de ce rapport, ainsi que les différents questionnaires.

Les phases 4 et 5 ont davantage cherché à tirer les enseignements des réussites, des difficultés et impasses rencontrées lors du travail d'élaboration du projet psychologique conduit sur le GH pendant le stage.

Sur le plan bibliographique, ce mémoire se veut une continuation de la réflexion initiée dans le rapport du Module Inter-Professionnel de santé publique (MIP) « *Place et rôle des psychologues en établissement de santé* » (2013), où il est fait état de l'ambiguïté de la place du psychologue en établissement de santé, du caractère controversé de son positionnement professionnel et de la nécessité de

mieux intégrer le psychologue dans la vie des services et de l'institution. Depuis la rédaction de cette étude, l'état des textes a évolué, permettant de porter sur la même situation un regard nouveau, et plus opérationnel. Partageant les mêmes constats que les rédacteurs du précédent rapport, le présent mémoire se propose d'y ajouter : (i) une exploration des causes de la faible structuration de ce secteur d'activité à l'hôpital, (ii) une analyse de l'évolution récente (2012-2021) des textes applicables, ainsi qu' (iii) une réflexion sur la manière de mobiliser les instruments désormais disponibles pour structurer l'action des psychologues à l'hôpital.

I. Plusieurs facteurs concourent à faire de la psychologie une activité faiblement administrée dans les établissements de MCO-SSR

L'activité psychologique est faiblement structurée au sein de l'hôpital (1.1) pour des raisons qui tiennent tant à la nature de ces activités, qu'à l'identité professionnelle des psychologues et à l'histoire de leur discipline (1.2).

1.1 L'activité psychologique est faiblement organisée par l'établissement

Sur le plan juridique et institutionnel, les psychologues ne font pas l'objet d'un suivi et d'une gestion administrative rigoureuse (1.1.1). Leur management au quotidien est laissé aux soins des circonstances propres de chaque service (1.1.2). C'est donc sans surprise que l'activité psychologique ne fait que rarement l'objet d'un pilotage stratégique par l'établissement (1.1.3).

1.1.1 Les psychologues font l'objet d'une gestion administrative moins rigoureuse que celles des autres professionnels de l'hôpital

Le circuit de recrutement des psychologues est faiblement institutionnalisé dans l'établissement. Sur le GH, les étapes du recrutement d'un psychologue n'ont pas été fixés dans une procédure spécifique. L'identification du besoin d'un psychologue pour un service est, sauf exception¹, le fait du seul médecin-chef de service, personnel médical dont la formation est, sauf exception, sans lien avec la psychologie. En pratique, ce dernier sélectionne son candidat soit seul, soit sur recommandation des autres psychologues de l'hôpital (organisés ou non en collège des psychologues), mais le recours à l'expertise d'un psychologue n'est pas systématique. De plus, la publicité des postes a longtemps été faible sur le GH, la DRH étant tardivement associée à la procédure de recrutement : au moment de la signature du contrat et de la paie. Enfin, les

¹ Le Code de la santé publique conditionne l'exercice de certaines activités à la présence d'une psychologue dans le service (voir infra).

procédures de titularisation des psychologues sont en général difficiles à mettre en œuvre, un grand nombre de postes de psychologues renvoyant à des besoins non permanents ou des temps non complets², les candidats extérieurs à l'établissement pour cette titularisation étant nombreux, et le candidat interne n'étant nullement assuré d'être lauréat du concours organisé par son employeur. En définitive, l'emploi des psychologues passe donc le plus souvent par le renouvellement de contrats à durée déterminée, à l'initiative du seul chef de service, et selon des modalités qu'il décide généralement seul.

Le temps de travail des psychologues fait l'objet d'un faible suivi hiérarchique et administratif. La totalité des psychologues interrogés dans le cadre de ce mémoire expliquent que leur temps de présence journalier ne fait l'objet d'aucun suivi dans l'établissement. S'agissant de la prise de jours de congés, la majeure partie des psychologues interrogés communiquent leurs dates de congés au cadre de santé et/ou au chef de service, mais la prise de ces jours ne fait pas l'objet d'une autorisation préalable. Seul le nombre de jours de congés pris par le psychologue fait donc l'objet d'un suivi. Enfin, l'exercice du temps FIR (Formation Information Recherche), droit statutaire dont les modalités de mise en œuvre préalables et de restitution *ex post* doivent faire l'objet d'un encadrement hiérarchique³, ne fait pas non plus l'objet d'une quelconque forme de suivi administratif ou hiérarchique à l'hôpital, ni par le médecin-chef de service, ni par la DRH. De ce faible suivi du temps de travail découle une perception du psychologue comme d'un « *électron libre dérogeant à la règle institutionnelle commune.* »⁴

Les psychologues entretiennent des liens hiérarchiques complexes et ambigus avec les 3 grands chaînages hiérarchiques de l'hôpital que sont la hiérarchie médicale, la hiérarchie paramédicale et la direction d'établissement. Sur le plan juridique, les psychologues sont placés sous

² Les emplois à temps non complet ont longtemps fait obstacle aux possibilités de titularisation, avant que la Loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 ne vienne rendre possible la titularisation d'un psychologue sur un emploi à temps non complet.

³ Circulaire du 30 avril 1992 : le temps FIR peut couvrir jusqu'à 1/3 du temps de travail. Le supérieur hiérarchique en définit annuellement le nombre d'heures et reçoit du psychologue concerné, en fin d'année, un compte rendu de l'utilisation de ce temps FIR et de son apport pour sa pratique auprès de son responsable hiérarchique.

⁴ Module Inter-Professionnel (2013) *Place et rôle des psychologues en établissements de santé*, presse EHESP.

l'autorité hiérarchique de la direction d'établissement, sous l'autorité fonctionnelle de la hiérarchie médicale, et sans aucun lien d'autorité avec la direction des soins ou son encadrement paramédical (voir infra, section I, B, 1.). Toutefois, les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire révèlent un certain nombre de décalages dans les pratiques par rapport à ce schéma hiérarchique théorique :

- S'agissant du lien d'autorité fonctionnelle avec l'encadrement médical : il est méconnu par l'ensemble des acteurs. Ainsi 30% des psychologues interrogés estiment ne pas avoir de liens fonctionnels avec leur médecin-chef de service et la majorité des chefs de service concernés ne connaissent pas la nature exacte de leurs prérogatives sur le psychologue de leur service ;
- S'agissant du lien hiérarchique avec la direction : il s'agit d'un lien relativement théorique. Le DRH signe en effet les contrats et nomme les fonctionnaires, mais passé cette étape administrative, il reste relativement éloigné du quotidien des psychologues, ne les évaluant pas ni n'effectuant de suivi de leurs activités (temps clinique, temps FIR) ;
- S'agissant du lien à la hiérarchie paramédicale : il constitue une autorité de fait sans fondement juridique. En effet, si tout rattachement hiérarchique ou fonctionnel à la direction des soins ou à l'encadrement paramédical est exclu par les textes applicables (voir infra), les cadres de santé restent en pratique seuls chargés du suivi des congés de l'ensemble des personnels non médicaux (PNM) du service. Ils renseignent donc à ce titre dans les applications dédiées les jours de présence des psychologues dans l'établissement. Même si cette organisation ne constitue pas un lien hiérarchique mais tout au plus une facilité de gestion, cette nuance reste largement méconnue de l'encadrement paramédical comme des gestionnaires des ressources humaines de l'hôpital. Aussi est-il courant que les gestionnaires des RH soumettent à validation du cadre paramédical les demandes de formation, de télétravail, ou de congés émises par les psychologues, méconnaissant l'état du droit. Cette méconnaissance instaure une relation hiérarchique de fait entre l'encadrement paramédical et le psychologue.

Seule une minorité de psychologues sur le GH sont évalués par l'établissement. 8 psychologues sur 70 ont été évalués en 2021 : un certain nombre de chefs de service ne souhaitent pas réaliser ces entretiens pour lesquels ils estiment que leur formation médicale n'offre pas les compétences requises ; 20% des psychologues ne souhaitent pas être évalués par leur chef de service ; le DRH n'est pas en mesure de prendre à sa seule charge l'évaluation d'une cohorte importante de psychologues non évalués par la hiérarchie médicale.

1.1.2 Les psychologues sont intégrés de manière variable à la vie du service de soins par des pratiques managériales diverses des chefs de service

En pratique, on observe une grande diversité des manières avec lesquelles les psychologues sont managés par les chefs de service au sein du même établissement.

Le type de service détermine les modalités de management du psychologue et son intégration dans la vie du service. Ainsi, un psychologue en service d'addictologie fait partie intégrante de la réponse de soins proposée par le service, et l'évaluation de la dépendance qu'il réalise est parfaitement intégrée au protocole de prise en charge du patient. Le psychologue en service d'oncologie ou en soins palliatifs voit son action moins cadrée par l'organisation du service et exerce leur activité sur sollicitation du patient ou sur adressage par les équipes médicales ou soignantes. De même les bilans psychologiques réalisés en unité médico-légale font l'objet d'une ordonnance judiciaire, le cadrage de cette activité par le chef de service est donc minimal : effectuant une lecture finale du rapport, il ne se prononce pas sur l'opportunité de cette activité.

La manière avec laquelle le chef de service conçoit l'importance d'un accompagnement psychologique de ses patients joue également une part déterminante dans le management du psychologue. Un chef de service, selon sa familiarité avec l'approche psychologique du patient ou son souci d'intégrer la dimension psychique au parcours de soins, pourra être plus ou moins directif dans son adressage des patients. La spécialité médicale peut aussi colorer la perception que le chef de service a du

psychologue. Ainsi des travaux récents (Caillaud, Haas, 2017) ont montré que les médecins psychiatres avaient tendance plus que les autres praticiens à considérer les psychologues comme des « *auxiliaires médicaux* », amenés à exécuter des consignes comme le ferait un paramédical. C'est une représentation forte du métier de psychologue chez les psychiatres que rapporte régulièrement la littérature spécialisée (Garcin, 2016). En revanche, dans d'autres services, le niveau d'autonomie du psychologue est élevé, le chef de service ne maîtrisant pas les fondamentaux de cette discipline. Enfin, les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire ont aussi montré que les psychologues estimaient qu'un certain nombre de chefs de service entretenaient une certaine « *gêne* », voire une « *défiance* », vis-à-vis des pathologies mentales et de la souffrance psychique, et que cette mise à distance rejaillissait sur le psychologue sous la forme d'un « *management par l'éviction* » ou « *par l'indifférence* ».

Le management du temps FIR par le chef de service fait l'objet des plus fortes carences managériales au sein de l'établissement. La circulaire du 30 avril 1992 prévoit que le supérieur hiérarchique définit annuellement le nombre d'heures du temps FIR et reçoit en fin d'année, du psychologue concerné, un compte rendu de l'utilisation de ce temps FIR et de son apport pour sa pratique. En pratique, seuls 40% des professionnels de l'hôpital bénéficient d'un temps FIR. Lorsque cette disposition statutaire est mise en œuvre, soit la quotité attribuée est de 20% du temps de travail, soit cette quotité n'est pas fixe et varie en fonction des besoins du service. Pour aucun des psychologues rencontrés la quotité de temps FIR n'est fixée annuellement par le DRH dans le cadre d'un dialogue avec le chef de service, ainsi que le prévoit la circulaire de 1992. Enfin, aucun des psychologues interrogés ne rédige de rapport d'utilisation du temps FIR à destination de sa hiérarchie.

En définitive, les modalités d'articulation des psychologues avec les équipes et leur degré d'intégration à la vie du service sont laissés aux soins d'une organisation spontanée, et de considérations souvent personnes-dépendantes. Dès lors, ainsi que le résume la psychologue Christelle Luce : « *la place du psychologue dépend de ses habiletés personnelles et de sa persévérance à faire cette place* » (Luce, 2016).

1.1.3 L'activité psychologique fait rarement l'objet d'un pilotage stratégique

Si l'on définit le pilotage stratégique d'une activité comme la définition d'objectifs communs et d'une stratégie de coordination des acteurs pour atteindre ces objectifs, force est de constater que les activités psychologiques ne font que rarement l'objet d'un quelconque pilotage au sein de l'établissement.

La psychologie est totalement absente des projets de DMU⁵ du GH et de la plupart des projets de service, bien que l'article 2 du statut particulier des psychologues prévoit une participation des psychologues au pilotage stratégique de l'établissement : les psychologues « *collaborent aux projets thérapeutiques ou éducatifs [des établissements] tant sur le plan individuel qu'institutionnel* »⁶.

Les psychologues sont absents des instances centrales et locales du GH. Au niveau central, la profession ne peut être représentée au sein des instances décisionnelles (directoire, conseil de surveillance, commission médicale d'établissement...). Elle ne peut pas l'être davantage au sein de la commission consultative des soins infirmiers, qui réunit l'ensemble des paramédicaux (personnels infirmiers, de rééducation et médicotextuels diplômés d'État; aides-soignants...) mais exclut statutairement les psychologues qui ne relèvent pas de la direction de soins. Seul un engagement syndical peut constituer une voie d'accès pour un psychologue à certaines instances consultatives (Comité technique d'établissement ou comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail), mais le cas de figure est sans occurrence sur le GH. Au niveau local, les psychologues ne sont pas non plus représentés au sein des comex et bureaux des divers DMU, dont les membres sont fixés par voie réglementaire et exclut les psychologues. S'ils ont vocation à rejoindre les conseils de DMU⁷ afin de

⁵ Département Medico Universitaire : modalité de regroupement des services de soins propre à l'AP-HP.

⁶ Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

⁷ Règlement intérieur de l'AP-HP, p.274 : « *Le conseil de DMU est composé de façon large, afin de faire une place importante aux personnels qui ne sont pas membres du comité exécutif et du bureau du DMU.* »

« participer à l'élaboration du projet de contrat de DMU, du projet de DMU et du rapport d'activité »⁸, en pratique cette fois, les psychologues n'y sont pas présents.

L'élaboration d'un volet psychologique au projet d'établissement est une obligation récente et encore assez peu mise en œuvre par les hôpitaux en France. L'article L.6143-2 du Code de la santé publique (CSP) prévoit depuis 2018 que « *le projet d'établissement d'un établissement hospitalier comporte un volet psychologique* » afin de fournir un premier pilotage global de l'activité psychologique en établissement de santé. Si un certain nombre d'Etablissements Publics de Santé Mentale en France ont annexé un projet psychologique à leur établissement, encore très peu d'établissements en France se sont dotés à ce jour d'un projet psychologique⁹.

En définitive, l'absence de la psychologie dans les instruments de pilotage et des psychologues dans les instances de coordination stratégique ont pour effet d'exclure cette activité de la vie institutionnelle des établissements.

1.2 Un grand nombre de facteurs s'opposent à la structuration de la psychologie à l'hôpital

Plusieurs types de facteurs constituent des obstacles aux efforts de structuration de l'activité psychologique au sein de l'hôpital. Ces facteurs peuvent être rassemblés en 3 catégories : un premier faisceau d'obstacles, factuels et objectifs, tenant aux activités elles-mêmes et au droit applicable aux psychologues (1.2.1) ; un second faisceau d'obstacles tenant à l'identité professionnelle des psychologues et à la manière avec laquelle ils conçoivent leur rôle à l'hôpital (1.2.2). Il est enfin possible de rattacher l'origine de cette

⁸ Règlement intérieur de l'AP-HP, p.274

⁹ En 2021, les centres hospitaliers de Toulouse et de St Ave font partie des seuls établissements à avoir engagé cette démarche.

identité professionnelle à la manière dont la psychologie en tant que discipline s'est structurée sur le plan théorique (1.2.3).

1.2.1 Un premier faisceau d'obstacles sont institutionnels, et tiennent à la faible place de la santé mentale en MCO-SSR, à la diversité objective des rôles et missions des psychologues, ainsi qu'aux textes qui leur sont applicables

Dans les établissements de santé de MCO et SSR où la priorité est donnée au somatique, les problématiques de santé mentale sont conçues comme subsidiaires et passent au second plan. Ainsi l'accompagnement psychologique n'est conçu comme nécessaire que lorsque les perturbations psychiques du patient sont telles qu'elles font obstacle aux soins somatiques. En d'autres termes, les services font appel au psychologue *« lorsque l'impasse relationnelle surgit, que ce soit à l'occasion d'une souffrance jugée insupportable par le soignant ou le malade, ou de la perte d'une communication par démence, ou surtout lors d'une angoisse qui s'épuise. »*, ainsi que le formule la psychologue Caroline Doucet dans son ouvrage *Le psychologue en service de médecine* (2008). Ainsi, même si le nombre de psychologues employés par le GH est faible (le GH emploie actuellement 70 psychologues, soit moins de 1% de sa masse salariale), ce nombre est toutefois jugé comme *« très important »* voire *« énorme »* par la plupart des professionnels non psychologues interrogés (directeurs, chefs de service et cadres de santé). De leur côté, les psychologues du GH soulignent lors des entretiens le caractère secondaire qui se rattache à la santé mentale à l'hôpital : *« les psychologues vous diront d'une seule voix (pour une fois) qu'ils sont ceux qui sont le moins bien traités en termes de moyens à l'hôpital. Notre nombre de postes est anecdotique, notre grille de salaire n'a pas évolué depuis des lustres, et nous avons par exemple été exclus du Ségur de la santé »*, souligne une psychologue.

La faible valorisation financière des actes de psychologie par le système de la tarification à l'activité (T2A) relaie la perception de cette discipline comme celle d'une activité secondaire. Hors financements spécifiques par dotation, seules deux catégories de prestations peuvent donner lieu à rémunération pour l'établissement dans le cadre de la T2A :

(i) les prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, facturées à l'assurance maladie ; (ii) les prestations pour exigences particulières des patients, sans fondement médical (ex le bénéfice d'une chambre simple), facturées directement au patient. Les prestations de psychologie ne relevant d'aucune de ces deux catégories, elles font l'objet d'un financement spécifique créé en 2017 : la « prestation intermédiaire ». Ainsi « *L'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale permet, à travers la création d'un forfait, de rémunérer l'établissement de santé pour l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels, notamment des psychologues* »¹⁰. Il importe toutefois ici de souligner le faible volume de ce type de financement, à ce jour limité à la prise en charge psychologique de certaines pathologies chroniques précisément identifiées (diabète, insuffisance cardiaque, pathologies rhumatismales) et ne couvrant qu'une infime partie des dépenses consenties par l'établissement.

Les psychologues sont isolés dans leur exercice professionnel et souvent à temps partiel. Dans un hôpital de MCO-SSR, où les emplois de psychologues représentent moins de 1% de la masse salariale, une minorité de services de soins disposent de psychologues, les psychologues sont souvent les seuls à exercer cette profession dans leur service, rendant difficile l'émergence d'une culture du travail en collectif avec des collègues appartenant à d'autres champs disciplinaires que le leur (médecins ou paramédicaux) ou avec d'autres services. C'est ainsi que le plus souvent « *ils garantissent seuls l'éthique et la déontologie de leur discipline et de leurs conditions d'exercice* » (Houdry, 2016). De plus, presque la moitié des postes de psychologues sont des postes à temps partiel¹¹, élément rendant là encore difficile l'émergence d'interactions professionnelles entre psychologues, puisqu'ils ne sont pas toujours présents dans l'établissement aux mêmes horaires.

La diversité objective des missions des psychologues à l'hôpital ne facilite pas une appréhension globale de la profession. La diversité des techniques et instruments de soins, c'est-à-dire « *le cadre fluctuant de leur*

¹⁰ Réponse du Ministre de la Santé et des Solidarités à une question écrite du député Joaquim Pueyo en 2017.

¹¹ Voir annexe 1 : ventilation des équivalents temps pleins de psychologues par service.

pratique, les modalités diverses de mise en œuvre du dispositif de parole » (Doucet, 2008) rendent difficile une vision uniforme du métier de psychologue. Aussi le psychologue François Marty rapporte la diversité des soins cliniques réalisés par les psychologues en ces termes : « *Psychologue à l'hôpital : une fonction aux multiples facettes. Un seul intitulé pour un métier qui recouvre des réalités, des approches et des pratiques bien différentes : qu'il y a-t-il de commun entre le travail du psychologue en pédiatrie et celui du praticien en service de psychiatrie, de cancérologie ou de soins palliatifs ?* » (Marty, 2007). L'analyse des fiches de postes des psychologues du GH révèle aussi la diversité des attentes dirigées vers les psychologues de l'établissement. Il sera ainsi par exemple demandé à un psychologue en équipe mobile de protection de l'enfance de réaliser des « *évaluations psychologiques dans un contexte pluri-professionnel d'hospitalisation pédiatrique* » ainsi que « *d'identifier et d'orienter des situations cliniques à risque psychosocial* » dans un réseau de partenaires, au nombre desquels l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et ses modalités d'action figurent en bonne place. Il sera en revanche demandé à un psychologue en unité médico-légale d'assurer, dans un cadre régi par une procédure judiciaire prédéfinie, l'accueil et l'évaluation du traumatisme subi d'une personne victime d'agression ; son travail sera dès lors centré sur la « *rédaction de certificats à destination des autorités judiciaires* ». En pédopsychiatrie, en revanche, la mise en œuvre de « *psychothérapies* », sans plus de précisions méthodologiques, passe au premier plan des missions du service et détermine la fiche de poste du psychologue en ce sens.

Le large spectre des publics auprès desquels le psychologue intervient ne facilite pas non plus la visibilité de la profession et de son intérêt direct pour l'hôpital. En effet, le psychologue n'intervient pas seulement auprès des patients de l'établissement mais plus largement de l'ensemble de son entourage direct, qu'il s'agisse des membres de sa famille ou, dans certaines situations difficiles, de l'équipe soignante. Ainsi le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (FPH) étend-il les missions du psychologue à la « *conception et élaboration d'interventions psychologiques et thérapeutiques à visée préventive et curative auprès des patients et de leurs familles* » et à « *l'intervention auprès d'équipes pluri-*

professionnelles interne ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle). »

Enfin, un cadre réglementaire obscur et difficilement applicable est invoqué comme le principal obstacle à une structuration efficace de l'activité par les cadres de santé et la DRH.

Les psychologues font tout d'abord l'objet d'une présence en pointillés dans le code de la santé publique (CSP): ledit code prévoit la présence d'un psychologue au sein d'équipes pluridisciplinaires mobilisées dans un grand nombre de services¹², mais la rédaction des textes précise que la présence d'un psychologue est requise « *en cas de nécessité* », « *si besoin* » ou « *en tant que de besoin* ». Ainsi, hors les services d'aide à la procréation et autres situations précisément énumérées par le CSP, la présence d'un psychologue dans les services est rarement obligatoire et n'appartient pas aux conditions d'ouverture d'un service. Le besoin est donc apprécié par l'établissement à l'aune de ses capacités financières et de la manière avec laquelle le chef de service évalue la réalité de ce besoin.

Les missions des psychologues ne sont définies avec précision ni dans le CSP ni dans le décret portant statut particulier des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Ainsi, si le CSP reste muet sur le rôle des psychologues à l'hôpital et le sens de leur présence en MCO et SSR, le décret de 1991¹³ formule de manière particulièrement ouverte et évasive les missions du psychologue : « *Les psychologues (...) exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques*

¹² Le CSP prévoit la présence d'un psychologue dans les services suivants : les activités médico-judiciaires (L3711-4-1 et R3711-17-1 et 25), d'assistance à la procréation (R1244-3 et R.2142-8), de prise en charge des affections du système nerveux (D6124-177-22), des affections des systèmes digestif, métabolique, et endocrinien (D6124-177-38), soins cardiaques intensifs (D6124-113), services de réanimation adulte (D6124-33), prise en charge des grands brûlés (D6124-177-43) ; les activités de neurochirurgie (D6124-136), d'intervention endovasculaire ou neuroradiologique (D6124-149), les services d'obstétrique, de néonatalité et de réanimation néonatale (D6124-61), et d'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical (R1244-2).

¹³ Voir annexe 2 décret de 12991 portant statut particulier des psychologues de la FPH.

entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité ».

Les textes définissant le rattachement hiérarchique des psychologues sont ambigus dans leur formulation et problématiques dans leur application.

- *Hiérarchie paramédicale* : tout rattachement hiérarchique ou fonctionnel à la direction des soins ou à l'encadrement paramédical est exclu par les textes applicables, et cela de manière continue, ainsi que le rappelle la dernière circulaire mentionnant la situation des psychologues au regard de l'évaluation professionnelle : « *Il est rappelé, comme l'énonce la circulaire n° DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, que les cadres de santé, cadres supérieurs de santé ou directeurs des soins ne peuvent assurer d'autorité hiérarchique sur les psychologues hospitaliers.* ». La lecture juridique de ce point ne fait pas difficulté, même si elle a pour effet pratique de fragiliser le suivi du temps de présence du psychologue par l'établissement employeur (voir supra).
- *Hiérarchie médicale* : la formulation du rattachement à la hiérarchie médicale est juridiquement plus ambiguë. Si le chef de service ou de pôle/DMU ne dispose pas d'une autorité hiérarchique envers les psychologues de sa structure, les textes prévoient en revanche une autorité fonctionnelle de la hiérarchie médicale. Ce point fait parfois l'objet d'incompréhensions au sein des psychologues dans la lecture des textes, incompréhensions liées au fait que l'autorité médicale sur les psychologues n'est pas nommément citée par les textes mais découle de dispositions générales qui n'excluent pas les psychologues de ce chaînage. Ainsi l'article L6146-1 du CSP dispose que « *le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de*

l'activité », ce qui inclut de fait les psychologues, même si la question de leur appartenance à la catégorie des soignants ou des personnels d'encadrement reste posée par les psychologues eux-mêmes. Clarifiant cette disposition législative ambiguë, le règlement intérieur de l'AP-HP place cette fois explicitement « *l'ensemble des personnels du DMU* »¹⁴ sous l'autorité fonctionnelle du directeur de DMU avant d'étendre, dans le même article, cette autorité aux chefs de service : « *Les responsables des services et unités fonctionnelles disposent également d'une autorité fonctionnelle sur les personnels de la structure dont ils ont la charge.* » L'autorité fonctionnelle de la hiérarchie médicale sur les psychologues est donc juridiquement fondée. Pour autant, la portée pratique de cette autorité est limitée, celle-ci consistant, en droit, au pouvoir d'adresser des instructions aux psychologues, de retirer ou de remplacer leurs actes, autant de prérogatives qui ne peuvent avoir de réelle portée pratique dans le cadre des relations unissant un professionnel d'une discipline (la médecine) à un autre professionnel d'une autre discipline que la sienne (la psychologie).

- *La hiérarchie administrative* : l'autorité hiérarchique sur les psychologues est le plus souvent confiée au DRH, par délégation de pouvoir du chef d'établissement. En effet, le psychologue n'ayant de supérieur hiérarchique identifié au sein de l'hôpital, ce rôle remonte par défaut au chef d'établissement, qui, le plus souvent, en délègue la charge au DRH (recrutement, nomination, évaluation, sanction...). Ce type de lien hiérarchique n'est pas en revanche contesté ni méconnu des psychologues, mais il reste en pratique très limité : s'il résulte là encore de la définition classique en droit administratif du pouvoir hiérarchique que l'autorité dispose du pouvoir des instructions aux agents, de retirer ou de réformer les actes pris par les agents, ces prérogatives hiérarchiques ne sont évidemment guère mises en œuvre par le DRH, l'essentiel des actes des psychologues étant des actes cliniques.

L'ambiguïté des textes juridiques actuellement applicables trouve toutefois son origine probable dans la manière même avec laquelle les psychologues

¹⁴ Règlement intérieur de l'AP-HP – p.274

définissent leur activité clinique et sont l'écho juridique du positionnement professionnel de ces derniers au sein de l'établissement.

1.2.2 Un second faisceau de facteurs tiennent à la culture professionnelle des psychologues et à la manière avec laquelle ils conçoivent leur fonction clinique à l'hôpital

Un positionnement réflexif par rapport aux équipes, au fonctionnement du service et de l'établissement, porte naturellement les psychologues à se tenir à l'écart des équipes et de l'institution. Le psychologue, par la nature même de ses missions, est amené à adopter une posture réflexive par rapport au fonctionnement des équipes, du service, ou de l'établissement dans son ensemble. Intervenant auprès d'un patient, explique un psychologue en entretien, le psychologue peut être amené à interroger le positionnement professionnel d'un collègue, le fonctionnement de l'équipe ou plus largement de l'établissement. « *Lorsqu'un psychologue intervient dans le cadre d'un refus de soins par un patient, par exemple* », explique un psychologue interrogé dans le cadre de ce mémoire, « *il peut s'interroger sur le lien entre ce refus et le fonctionnement de l'équipe, ou une problématique institutionnelle, comme un défaut de prise en charge qui n'est pas perçu comme tel par les équipes, voire le patient lui-même, par exemple* ».

Comme évoqué dans la section précédente, une des missions centrales des psychologues est l'« *aide aux soignants* » (Arnault-Rémy, 1997), c'est-à-dire l'accompagnement des équipes soignantes dans le processus de soin de certains patients en situation difficile. A cette occasion également le psychologue est amené à adopter une position réflexive et évaluative par rapport à l'équipe. Mais ce positionnement réflexif se matérialise souvent en pratique par un point de vue critique. Ainsi, en entretien, une psychologue du GH définit en ces termes sa posture réflexive : « *Les psychologues, je vous l'accorde, ont une fâcheuse tendance à analyser les fonctionnements, quels qu'ils soient, et notamment les fonctionnements qui leur apparaissent dysfonctionnels : l'hôpital et l'administration semblent dysfonctionner, vus depuis le dessous et avec une vision tronquée, probablement, et cela nous interroge.* »

En définitive, même si le psychologue constitue souvent pour le service « *l'organisateur et le garant du dialogue dans l'institution* » (Ploton et al, 1996), et même si ce positionnement est une richesse pour l'institution et un véritable facteur d'accroissement de la qualité des soins, la distance prise par rapport à l'équipe, nécessaire à l'adoption d'une posture réflexive, place le psychologue en décalage par rapport au reste de l'équipe, placé dans l'action. Ce décalage est souvent vu par le reste de l'équipe (ou être acté par le psychologue lui-même) comme une position de retrait.

L'acte clinique du psychologue poursuit l'objectif d'« autonomie psychique du patient », ce qui peut parfois l'éloigner des objectifs du service et du reste de l'équipe. L'acte thérapeutique en psychologie est une « *attention portée au malade en tant que personne* » (Marty, 2007), non uniquement en tant que patient devant être guéri de sa pathologie. Un décalage de posture du psychologue avec le reste de l'équipe peut là encore se dessiner. Ainsi un psychologue souligne-t-il en entretien que « *dans l'univers médical qui est celui de l'hôpital, la connaissance du fonctionnement psychique dont disposent les psychologues leur permet de mettre en lumière les dynamiques à l'œuvre chez le patient et autour de lui, dans le service, et d'éventuellement les traiter si cela va dans le sens du patient et de son autonomie. Et non pas celui du service.* ».

Le psychologue François Marty commente en ces termes le décalage d'objectifs thérapeutiques entre les psychologues et le reste du service : « *si le corps est omniprésent à l'hôpital, si c'est autour de lui que s'organisent les soins, l'écoute de la parole du patient constitue une priorité pour le psychologue qui travaille au chevet du malade. (...) Comment lutter pour que le soin, la maladie, la médecine, l'hôpital ne dépossèdent pas le malade de sa maladie et de sa mort ? (...) La parole est parfois ce qui reste au malade pour témoigner de son existence lorsque le corps se dérobe* » (Marty, 2007). Cette conception de l'acte de prise en charge psychique a également été illustrée par un psychologue du GH en ces termes : « *il est normal pour un patient atteint d'un cancer d'être triste, et déprimé, je ne vais pas essayer de le faire sourire pour faire plaisir à l'équipe ; il me dit que la vie est injuste, et moi eh bien je lui dis oui.* ».

Cet objectif spécifique de la psychologie en établissement est d'ailleurs rappelé dans le statut particulier du psychologue dans la FPH sous le vocable de « *promotion de l'autonomie* » du patient par le psychologue. Interrogé sur le sens de cette formulation, un psychologue du GH l'explique en ces termes : « *Il s'agit ici de travailler avant tout pour le patient, jamais contre et ce n'est pas un détail, vous savez. L'objectif de notre intervention est d'aider, faciliter, cultiver, l'autonomie du patient. L'autonomie de la personnalité c'est le renforcement de sa possibilité d'agir sur lui-même et le réel, en accord avec ses valeurs et aspirations. Autonomie de penser et d'agir.* ». Ce même psychologue ajoute, marquant ainsi un écart supplémentaire avec les équipes, « *vous savez, on oublie parfois que le système de soins peut également concourir au renforcement d'une problématique du patient, favoriser une forme de dépendance, une chronicisation.* »

Une attention portée au patient dans sa globalité, en tant que personne, caractérise l'approche du psychologue et le distingue des autres soignants. 70% des psychologues interrogés dans le cadre de ce mémoire défendent une vision holistique de la santé psychique, contre la conception fonctionnaliste de la médecine, divisée en spécialités médicales et centrée sur l'idée de dysfonctionnement d'un organe. La santé psychique ne peut être définie *a priori* par le service, mais elle est propre à chaque patient en tant que personne, et au regard de ses propres problématiques. Le psychologue Raphael Tyranowsky définit ainsi son objectif thérapeutique : « *notre véritable objectif thérapeutique : engager le patient dans un processus thérapeutique qui ne serve pas à sa normalisation, qui ne cherche pas à le ramener à l'idéal de l'efficacité sociale, mais qui aide à l'épanouissement de son potentiel subjectif selon sa propre orientation existentielle, laquelle est singulière* » (Tyranowsky, 2016).

Cette approche holistique du patient rend impossible toute structuration de la psychologie par protocolisation de l'intervention. La conception de l'acte thérapeutique du psychologue interdit de fixer dans un protocole structuré *a priori* et transparent les étapes d'un soin psychique. « *Je travaille avec une relation, pas avec une maladie, je ne m'intéresse pas à la maladie mais au malade* », explique une psychologue en entretien. De fait, la plupart des psychologues interrogés en entretien rejettent l'idée

même de procédure standardisée qui viendrait cadrer et structurer leur approche thérapeutique. Les psychologues interrogés estiment majoritairement (90%) qu'il est impossible de standardiser une approche thérapeutique qui soit respectueuse de l'individualité du patient et de son psychisme.

L'indépendance hiérarchique est conçue en elle-même comme une condition nécessaire au plein exercice des fonctions de psychologues, ce qui ne favorise pas la coordination de ce secteur d'activité. Pour beaucoup de psychologues, l'indépendance hiérarchique apparaît comme une condition de sens de leur activité : l'intervention du psychologue ne peut être prescrite, et le psychologue doit être libre dans le choix de ses méthodes et instruments. S'agissant de l'éventualité de prescrire des soins psychologiques : si le chef de service ou l'équipe soignante peut « adresser » un patient au psychologue du service, dans un cadre clinique, pour beaucoup de psychologues, l'intervention de ce dernier n'a de sens que dans le cadre d'une libre adhésion du patient à la relation thérapeutique proposée par le psychologue. « *On ne prescrit pas un accompagnement psychologique, on peut tout au plus penser qu'il serait bénéfique, mais c'est tout* », explique un psychologue en entretien, rejoint en ceci par la plupart de ses collègues.

S'agissant du libre choix des méthodes, approches et instruments, elle découle de la conception précitée de la relation thérapeutique comme relation spécifique entre deux individus uniques et du caractère non reproductible ni prédictible des problématiques individuelles qui se feront jour dans la relation thérapeutique. Le psychologue proposera au patient les approches, méthodes et instruments les mieux adaptés à sa problématique, et toute limitation de cette liberté apparaîtra dès lors comme une dévaluation de la qualité des soins. Ainsi un psychologue explique-t-il en entretien : « *mon intervention est pensée à travers une démarche personnelle et singulière, elle se veut adaptée au patient, pertinente au regard de la situation clinique, et elle tient forcément compte de ma formation et de mes sensibilités cliniques.* ». Un autre psychologue ajoute à ces propos : « *J'ai besoin de croire à l'utilité des outils que je mobilise pour qu'ils soient efficaces* ».

Le statut particulier du psychologue¹⁵ prend d'ailleurs acte de cette indépendance clinique jugée comme nécessaire du psychologue, à l'article 2, en disposant que « *les psychologues (...) exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue (...), étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre* » les problématiques rencontrées chez le patient.

A ces arguments cliniques s'ajoutent des éléments plus directement culturels, relevant d'une identité professionnelle d'un corps particulièrement attaché à préserver les frontières de son indépendance. « *La méfiance et la crainte d'une mise sous tutelle sont assez fortes chez les psychologues en général* » explique une psychologue en entretien. Le refus de ce qui est appelé une « *paramédicalisation de la profession* » et qui consisterait en une mainmise de la médecine sur la psychologie, est régulièrement dénoncée par l'ensemble des associations représentatives de la profession. Le dernier appel à mobilisation des psychologues le 10 juin 2021¹⁶ dénonce ainsi "*la dépendance, l'assujettissement, la mainmise et le filtrage de la médecine sur la psychologie*" d'un certain nombre de dispositifs récents¹⁷. De même de nombreux psychologues estiment qu'ils interviennent dans le cadre d'une « *relation de confiance particulière* » (Luce, 2016) entre patient et psychologue, s'opposent à la sortie d'un patient unilatéralement décidée par le médecin, attribuent une « *confidentialité particulière aux informations recueillies* » (Luce, 2016) limitant les possibilités de partage avec les autres professions du service. Le code de déontologie des psychologues, document non consensuel et sans valeur normative est régulièrement invoqué à l'appui des principaux éléments de cette culture professionnelle spécifique.

C'est sans doute cette culture de l'indépendance qui a jusqu'ici mis en échec toute tentative menée au sein du GH, comme dans de nombreux établissements, pour faire élire ou désigner parmi les psychologues un

¹⁵ Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière

¹⁶ Voir annexe 3 tract syndical - « Appel à mobilisation »

¹⁷ Instruction N° DSS/SD1/DMSMP/2021/101 du 17 mai 2021 relative à la mise en œuvre du dispositif de renforcement en psychologues des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé.

« représentant de la profession », qui sans même disposer de pouvoir hiérarchique, pourrait parler pour la profession. Cette culture d'indépendance trouve un écho au niveau national dans les échecs répétés du législateur à créer un ordre des psychologues chargé de réguler les pratiques de la profession.

Il semble nécessaire, dans toute réflexion actuelle sur l'organisation des activités de psychologie, d'aborder la question de la psychologie en tant que discipline et de l'appareil français de formation des psychologues. C'est le constat auquel a abouti l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport déjà cité¹⁸.

1.2.3 L'histoire et la structuration universitaire de la discipline peuvent être vues, elles aussi, comme à l'origine des difficultés de l'hôpital pour structurer l'action des psychologues

En tant que science humaine, la psychologie ne jouit pas d'un statut scientifique et reste un référentiel théorique marginalisé dans un univers dominé par la médecine. Le *Petit Robert* définit la psychologie comme « *l'étude scientifique des phénomènes de l'esprit, au sens le plus large.* » Mais force est de constater que les paradigmes scientifiques mobilisés par la psychologie ne sont pas toujours ceux des sciences dites « dures » (Popper, 1935). La rédaction du décret de 1971 sur la base duquel les psychologues étaient recrutés, avant la rénovation de leur statut particulier en 1991, disposait d'ailleurs que « *les psychologues étaient recrutés sur la base d'un diplôme universitaire d'un niveau plus élevé que la licence et délivré par des facultés de lettres et de sciences humaines.* » Beaucoup de psychologues se définissent en effet comme « *des spécialistes de l'écoute et de la parole* » (Doucet, 2008), s'inscrivant dans une discipline qui cherche encore sa légitimité scientifique comme l'ensemble des sciences humaines¹⁹. « *Nous héritons à mon sens de la*

18 IGAS, Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, 2019 : « *Il est rapidement apparu qu'une valeur ajoutée de la mission serait d'examiner la question de la formation (...). La formation échappe à la maîtrise des autorités sanitaires alors qu'elle apparaît très hétérogène en termes de contenu théorique et surtout pratique (les lieux de stage ne faisant notamment pas l'objet d'une homologation particulière et pouvant se révéler très peu formateurs du fait de leur contenu clinique et/ou de la qualité de leur encadrement). (...) La mission a considéré nécessaire de proposer des règles permettant d'assurer la qualité des soins délivrés par les psychologues* » (introduction)

¹⁹ Wilhelm DILTHEY, *Idées concernant une psychologie descriptive et analytique*, 1894.

culture de la "science molle" qu'est la psychologie face à la médecine », souligne en entretien une psychologue du GH sur ce point. Aussi la psychologue Caroline Doucet résume-t-elle la situation en ces termes : « L'entrée d'un psychologue aux royaume des médecins et des infirmières n'est pas sans susciter quelques interrogations. Chacun a bien une idée sur cette étrange profession, mais le flou reste de mise pour savoir comment s'en servir » (Doucet, 2008).

En tant que discipline, la psychologie apparaît comme un champ structuré par des divisions théoriques profondes et antinomiques, ce qui ne facilite pas la construction de consensus professionnels entre psychologues. L'IGAS, dans son rapport précité, décrit la psychologie comme un champ disciplinaire particulièrement « *traversé de désaccords sur les savoirs et les pratiques*»²⁰. Ceci concourt, de l'avis même des psychologues, à « *rendre la spécialité professionnelle des psychologues difficilement perceptible* » (Doucet, 2008) pour les autres professions de l'hôpital.

Les entretiens conduits dans le cadre de ce mémoire permettent d'identifier plusieurs courants théoriques concurrents à l'hôpital, échos des divisions qui traversent la spécialité universitaire de la psychologie clinique. L'intégralité de ce débat et de ses implications n'a pas vocation à être reproduite dans le cadre de ce mémoire de type administratif, mais il semble utile de remarquer que les querelles théoriques se cristallisent sur le degré de scientificité des divers courants, et sur la mesure du bénéfice thérapeutique des instruments d'évaluation ou de soins utilisés par les psychologues. Ainsi les divisions théoriques voient s'opposer :

- Les défenseurs d'une approche « psychodynamique », héritée en premier lieu de la psychanalyse freudienne et constituant la base historique de la profession en France, professionnels que le psychologue Raphael Tyranowsky qualifie de « *spécialistes des pouvoirs de la subjectivité* » (Tyranowsky, 2016) ;
- Les défenseurs d'une approche cognitivo-comportementale du patient, aux référentiels théoriques plus proches des sciences

²⁰ IGAS, Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, 2019.

« dures », et pour cette raison, de plus en plus soutenus par la recherche médicale et les institutions centrales de l'Etat au détriment de la psychanalyse²¹.

La variété des modèles théoriques (« épistémologiques ») est souvent relevée en entretien, elle nourrit des divisions doctrinales profondes au sein de la communauté des professionnels, « *et parfois aussi certaines rivalités dans les services, dans les réunions, ou au sein du collège de psychologues lorsqu'il faudrait trouver un point d'accord profitable à tous les psychologues* », explique une psychologue du GH.

Cette diversité des référentiels théoriques contribue aux difficultés de la profession à définir son activité clinique et formuler ses objectifs.

C'est finalement la définition même du métier de psychologue et de ses objectifs thérapeutiques qui fait aujourd'hui débat. En 2020, le Journal des psychologues a publié une enquête réalisée auprès de 315 psychologues sur leur profession et qui leur posait la question « Comment définiriez-vous votre profession de psychologue ? ». L'article montrait que « *Pour la grande majorité des répondants, la profession de psychologue est reconnue comme faisant partie des professions aidantes. Toutefois, la définition qui en résulte est très floue, faisant appel uniquement à des tâches partagées par d'autres professions aidantes. La profession est définie par des vocables tels que l'aide, l'écoute, l'accompagnement : "Écouter, comprendre, accompagner, aider, soutenir, informer" (S. 160). Aucune référence n'est faite à la qualification de ces professionnels ou à leur spécificité. Le mot "psychologie" est absent de pratiquement toutes les réponses.* ».

De même les entretiens réalisés auprès des psychologues du GH montrent que seuls 70% des psychologues se considèrent comme « *soignants* ». Certains interrogent aussi le sens du port de la blouse blanche pour un

²¹ L'IGAS dans rapport de 2019 propose une hiérarchisation des branches de la psychologie au détriment de la psychanalyse : « *Les mentions de formation universitaires sont très diversifiées, et leur contenu parfois insuffisant au plan des approches cliniques et thérapeutiques. Il a donc été demandé que soit proposés des compléments de formation cliniques, étant notamment observé qu'il existe des approches thérapeutiques dont l'efficacité est scientifiquement fondée* ». De même, l'arrêté du 10 mars 2021 relatif à l'expertise scientifique des psychologues mentionnée à l'article R.2135-2 du Code de la santé publique semble prendre acte de cette position de l'IGAS et détermine limitativement les techniques et méthodes reconnues scientifiquement, excluant l'approche psychanalytique du dispositif de remboursement réglementé par le texte.

psychologue. Les psychologues interrogés semblent trouver leur consensus avant tout dans une définition de leur activité par double négation : les soins psychiques ne consistent « *ni en une clinique somatique ni en une clinique psychiatrique* ». Mais une définition positive semble difficilement pouvoir émerger à l'heure actuelle au sein de la profession.

2 L'activité psychologique en établissement témoigne d'un besoin de structuration auquel l'état des textes applicables ne répond que partiellement

2.1 Mieux structurer l'activité psychologique et coordonner ses acteurs apparaissent comme le moyen de réduire leur marginalisation au sein de l'hôpital

Une meilleure organisation des soins psychiques et une coordination des psychologues du GH semblent de nature à réduire la marginalisation de la psychologie à l'hôpital (2.1.1), des psychologues (2.1.2) et de la recherche qu'ils conduisent ou à laquelle ils participent (2.1.3).

2.1.1 Un plan d'actions visant à structurer la psychologie à l'hôpital permettrait une meilleure intégration de la dimension psychique dans les parcours de soins

La dimension psychologique est faiblement prise en compte actuellement dans les parcours de soins des patients du GH.

Médecins et paramédicaux sont faiblement sensibilisés aux spécificités de l'intervention du psychologue. Les entretiens avec les cadres de santé soulignent l'insuffisance de l'appareil de formation de infirmiers en matière de santé mentale. La spécialité psychiatrique des infirmiers a disparue et la formation de ceux-ci a été recentrée sur le somatique. Hors spécialité de psychiatrie, la formation des médecins en santé mentale apparait elle aussi comme très réduite. Dans ces conditions, il reste difficile pour les médecins comme pour les infirmiers d'identifier avec justesse les situations où l'intervention du psychologue est nécessaire et de pratiquer un adressage pertinent des patients. Ainsi les psychologues rencontrés dans le cadre de ce mémoire remarquent-ils tous des situations où des pathologies mentales ne sont pas détectées par les équipes du service, ou, situation contraire, des situations de souffrance normale au regard de la situation mais qui sont jugées comme pathologiques par les équipes, du seul fait du caractère aigu de cette souffrance. Enfin, dans certains services, on peut observer la tendance à confier aux psychologues

la gestion de toute situation impliquant un niveau d'affects élevé (annonce de cancer, annonce de décès...), ce qui semble à de nombreux psychologues constituer un glissement de tâches non justifié. Un psychologue interrogé résume ainsi la situation : « *Les médecins et infirmiers ne savent pas toujours à quoi nous sommes utiles, exactement, mais ils savent très bien se décharger sur nous de situations qui leur semblent inconfortables, et pour lesquelles ils ne vont pas 'avoir le temps'. Mais un soignant n'est pas un mécanicien, au-delà de la technique, l'hôpital doit pouvoir prendre en compte la dimension affective du patient sans l'intervention d'un psychologue* ».

Les garanties d'accès aux soins psychologiques ne sont pas toujours identifiées comme des priorités par les services. Tous les psychologues ne disposent pas d'un bureau pour recevoir les patients en entretien, notamment quand le psychologue exerce à temps partiel dans le service. Cette situation limite l'exercice du psychologue qui ne peut pas non plus rencontrer le patient installé dans une chambre double. De plus, les besoins spécifiques de certaines populations (malentendants, non francophones...) ne sont pas toujours pris en compte et rendent matériellement impossible la mise en œuvre d'un accompagnement psychique. Plusieurs psychologues soulignent en entretien avoir un accès difficile aux appareils auditifs de l'établissement ou aux interprètes.

La dimension psychique des soins en MCO-SSR reste peu visible au sein de l'établissement. Dans de nombreux services, la rencontre avec le psychologue n'est pas une étape systématique dans le parcours de soins du patient. La présence d'un psychologue dans le service n'est donc pas mentionnée dans le livret d'accueil du patient. De plus, quand le psychologue dispose d'un bureau pour réaliser ses entretiens, il y a rarement une signalétique adaptée, dans les couloirs ou sur la porte, pour informer le patient de la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique.

Le GH ne dispose pas d'un dispositif structuré d'aide à l'orientation des patients dans le réseau de la psychologie quand un service ne possède pas de psychologue pour réaliser l'adressage. De nombreux services du GH ne disposent pas de psychologues. Lorsque le besoin

d'accompagnement psychique d'un patient survient, l'orientation du patient par des équipes au sein du réseau de la santé mentale reste peu effective. Médecins et infirmiers, somaticiens de formation, peuvent éprouver des difficultés à caractériser les problématiques et besoins du patient, et à identifier les partenaires pertinents au sein ou à l'extérieur de l'hôpital. Le site principal du GH ne disposant pas de collectif structuré des psychologues auquel les services pourraient adresser leurs questions, le besoin d'accompagnement psychique du patient n'est pas pris en charge ni relayé par l'établissement.

Pour l'ensemble de ces problématiques, un pilotage collectif et coordonné de la psychologie à travers l'élaboration d'un plan d'actions dédié pourrait permettre une meilleure prise en compte de la dimension psychique dans les parcours de soins.

2.1.2 La structuration des psychologues en collège permettrait de réduire la marginalisation de fait dont ils font l'objet

La marginalisation administrative des psychologues a pour effet de ne leur offrir qu'un faible accès aux ressources de l'institution.

L'ensemble des demandes des paramédicaux (demande de formation, d'autorisation d'absence, de disposer d'un équipement ou d'une salle de réunion...) passe par le canal de l'encadrement paramédical. Les cadres de santé filtrent, réorientent et portent les demandes des équipes auprès des directions compétentes dont ils connaissent les interlocuteurs et maîtrisent les rouages. Les psychologues n'entretenant pas toujours de liens de coopération étroite avec les cadres de santé, du fait de leur positionnement hiérarchique spécifique et de leur culture professionnelle indépendante, en sont réduits à adresser directement leurs demandes aux directions concernées. Les difficultés qui peuvent être les leurs pour identifier le bon interlocuteur et justifier leurs demandes peuvent être réelles. La plupart des psychologues du GH expliquent ainsi entretenir des relations distantes avec les directions fonctionnelles : « *Je dois vous avouer que la plupart de mes collègues n'attendent plus rien des directions. On ne répond jamais à nos mails, et quand on y répond, on nous demande de passer par notre cadre de santé, qui a déjà refusé de servir d'intermédiaire* ». Les communications

montantes semblent donc freinées par l'absence de structuration des psychologues en collectif professionnel ou leurs difficultés de recours aux canaux de gestion de la direction de soins.

La DRH paye un coût de coordination élevé dans la gestion des psychologues faute d'une structure organisée de la profession. La communication avec les psychologues semble difficile. Les psychologues du GH sont répartis dans un grand nombre de services de soins, ne disposent pas toujours d'une structure de coordination (collège des psychologues) pour faire circuler les informations qui les concernent. Ainsi, les échanges de la DRH envers les psychologues (ouverture d'un poste, règles juridiques relatives à la nature du contrat, à la titularisation, à la rémunération et à l'évolution des carrières ...) n'étant pas rassemblés et structurés par les cadres de soins ni les médecins, prennent la forme de rappels individuels. Ces rappels subissent inévitablement des pertes d'information du fait de la nécessité de les répéter régulièrement, au regard notamment de l'enchaînement des contrats courts sur lesquels les psychologues sont souvent recrutés.

Les conditions d'exercice quotidiennes laissées à la libre organisation de chaque service entraînent des inégalités professionnelles au sein d'un même établissement. Le manque d'harmonisation des conditions d'exercice des psychologues (bénéfice ou non d'un temps FIR accordé par le chef de service, intégration à la vie du service par les équipes, directivité du lien hiérarchique avec le chef de service dans les activités cliniques, soutien logistique accordé par le cadre de santé...) engendre des inégalités professionnelles importantes, et peut faire l'objet d'une souffrance au travail.

Les psychologues ne disposent pas toujours d'un collectif de pairs pour échanger sur leurs difficultés et leurs pratiques professionnelles. Le principal site du GH ne dispose pas de collège des psychologues. Cette situation peut être vécue avec plus ou moins de satisfaction par les professionnels, certains affirment en entretien « *avoir, avouons-le, un goût pour le travail en solitaire* », d'autres expliquant « *se sentir parfois un peu esseulé dans leur service* ». Un tel sentiment peut en effet résulter de

l'impossibilité pour de nombreux psychologues, isolés dans leur exercice professionnel, d'échanger sur leurs expériences.

La marginalisation de fait dont les psychologues font l'objet n'est pas ressentie par les intéressés comme ayant un lien avec leur culture de l'indépendance. La souffrance au travail est vécue comme importante par l'ensemble de la profession. Une enquête menée en 2020 par le *Journal des psychologues* résume en ces termes les motifs de cette souffrance tels que perçus par les psychologues : « *En 15 ans, les embûches rencontrées par les psychologues sur leur lieu de travail sont restées pratiquement les mêmes : non-reconnaissance, délégitimation et exigence de soumission à une autorité arbitraire* ». Les entretiens menés auprès des psychologues du GH confirment cette perception. Mais ces entretiens montrent aussi que pour 80% des psychologues interrogés, il n'est pas établi de lien de causalité entre leur culture de l'indépendance (voir section, I, B, 2) et la marginalisation administrative et professionnelle de fait dont ils font l'objet. Le besoin de structuration de l'activité psychologique est, de fait, peu ressenti ou exprimé par les psychologues en entretien. L'institution est perçue comme la cause directe de cette souffrance, sans que soit interrogée l'absence d'organisation interne de la profession.

2.1.3 La structuration des activités de recherche et de formation conduites par les psychologues permettrait un meilleur portage de ces projets par l'établissement

La recherche conduite par les psychologues n'est pas portée par l'établissement. L'accompagnement de la recherche au sein de l'hôpital étant assuré par la direction des affaires médicales, l'action de cette direction se concentre sur la recherche médicale. Ainsi les acteurs de la recherche médicale n'associent pas les psychologues à leurs travaux ni n'étudient la possibilité de le faire. La direction des affaires médicales n'aborde pas non plus la recherche menée en propre par les psychologues. Ainsi une psychologue interrogée qualifie-t-elle la situation en ces termes : « *on peut publier mais quel est le retour de l'institution sur ces publications ?* ». Enfin, s'agissant des psychologues, et à la différence des médecins, la recherche n'est pas valorisée statutairement : si un personnel

médical peut s'appuyer sur sa recherche pour faire carrière dans la filière hospitalo-universitaire et se diriger vers un statut de Professeur des Universités Praticien Hospitalier (PUPH), le psychologue qui publie et souhaite enseigner devra quitter l'hôpital et opter pour un statut d'enseignant-chercheur à l'université.

En tout état de cause, la structuration des recherches menées en propre par les psychologues (cartographies des travaux de recherche et des spécialités, désignation de représentants des psychologues aux instances de coordination de la recherche de l'établissement) semble une condition préalable à tout portage de la recherche par le GH.

Les psychologues ne tirent pas un profit suffisant des formations financées sur fonds Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation (MIGAC) ou sur Fonds d'Intervention régional (FIR). Un certain nombre de formations destinées aux psychologues sont financées sur fonds MIGAC ou FIR. La mobilisation de ces crédits passe toutefois par le suivi régulier des projets, l'identification des formations, et le montage de dossiers de financement dédiés. Les psychologues du GH, n'ayant pas organisé une gestion commune de ces dossiers ne sont pas en mesure de candidater dans les temps à ces formations, d'associer de manière efficace la DRH au montage des dossiers, et *in fine* de bénéficier de ces formations.

2.2 L'évolution des textes applicables ne répond que partiellement au besoin de structuration de la psychologie en établissement

Le législateur n'ayant opté ni pour une structuration de la profession à l'échelle nationale (2.2.1), ni pour une structuration véritablement hiérarchique des activités psychologiques au sein de l'établissement (2.2.2), il semble ouvrir la voie à une organisation de cette activité par les acteurs de terrain eux-mêmes (2.2.3).

2.2.1 Une structuration de la profession à l'échelle nationale a échoué faute d'émergence d'un consensus sur les fondamentaux de la profession

Ainsi qu'il en a été décidé pour un certain nombre de professions réglementées (médecins, pharmaciens, infirmiers, avocats...), la structuration de la profession de psychologue à l'échelon national pourrait passer par la création d'un ordre national des psychologues, amené à réguler les activités de la profession sur la base d'un code de déontologie ayant acquis force de loi. Ce modèle de structuration n'a toutefois pas pu émerger à ce jour faute d'un consensus suffisant sur le contenu du code de déontologie et faute d'adhésion à la création d'un ordre supérieur des psychologues, aucun code de déontologie n'ayant été fixé préalablement à la création de cet ordre.

Une première version du code a vu le jour en 1996 mais n'a pas pu être intégrée au droit positif par décret ministériel du fait du refus des principaux syndicats nationaux de la profession de s'accorder sur cette version du texte. Une seconde version a vu le jour en 2012, actualisée par le Groupe Interorganisationnel pour la Réglementation de la Déontologie des Psychologues. Cependant, certaines organisations, dont le Syndicat national des psychologues (SNP), n'ont pas ratifié l'actualisation de 2012. Des travaux autour de ce code se poursuivent encore actuellement.

Plus récemment, une proposition de loi n° 4055 visant à la création d'un ordre des psychologues a été déposée au bureau de l'Assemblée nationale, le 7 avril 2021, mais elle a soulevé les protestations des principales associations représentatives de la profession, qui ont appelé à manifester contre ce projet le 10 juin 2021.

Ainsi aujourd'hui, à l'inverse des professions réglementées, ce ne sont pas les pratiques professionnelles et la déontologie du psychologue qui déterminent sa reconnaissance statutaire, mais uniquement sa formation. Le titre de psychologue est ainsi conféré au titulaire d'un master 2 de psychologie quelles que soient la nature de ses pratiques.

2.2.2 Le Code de la santé publique n'a pas davantage prévu de placer l'ensemble des psychologues de l'hôpital sous l'autorité d'un unique « psychologue-chef »

Si l'article L.6146-1 du Code de la santé publique (CSP) prévoit implicitement le placement du psychologue sous **l'autorité fonctionnelle** du médecin-chef de pôle, et qu'au sein de plusieurs établissements cette autorité est étendue au médecin-chef de service (voir section 1.2.1), le CSP est resté silencieux sur l'identification de **l'autorité hiérarchique** du psychologue.

En l'absence d'autorité hiérarchique identifiée par les textes, le psychologue est placé par défaut sous l'autorité directe du chef d'établissement.

Afin de préserver le lien de proximité entre le médecin-chef de service et le psychologue, le CSP n'a donc pas fait le choix de structurer directement les activités psychologiques à l'hôpital par l'action d'un supérieur hiérarchique direct, psychologue-chef, coordonnateur ayant des fonctions décisionnelles, inscrit dans une hiérarchie, et n'a pas placé sous sa coordination l'ensemble des psychologues de l'établissement.

2.2.3 Le législateur semble désormais opter pour une structuration de cette activité 'par la base'

Les dernières évolutions des textes semblent tracer la voie à une structuration de l'activité psychologique par le collectif des psychologues pris dans son ensemble.

L'élaboration d'un projet psychologique d'établissement a pris la forme d'une incitation juridique croissante. D'abord facultatif, le projet psychologique, composante du projet d'établissement, voyait sa rédaction éventuelle laissée à la libre appréciation des établissements de santé et de leurs acteurs. La circulaire du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues est venue constituer une incitation. La démarche est ici conçue sous l'angle d'une « *opportunité (...) pour que les psychologues participent collectivement plus activement au fonctionnement*

des établissements ». L'incitation a pris force de loi en 2018 lorsque la Loi de Modernisation du Système de Santé est venue rendre obligatoire l'insertion d'un projet psychologique dans le projet d'établissement à l'article L6143-2 du CSP.

Enfin, dernière étape de cette incitation juridique croissante, l'article 36 de la loi du 26 avril 2021 est venu fixer les principaux éléments du projet obligatoire en ces termes : « *Le projet psychologique prévu à l'article L.6143-2 comporte plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues et à leurs activités de formation et de recherche, ainsi que les modalités de leur organisation dans l'établissement.* »

L'existence d'une représentation de la profession à l'hôpital reste à ce jour facultative. La structuration d'une représentation des psychologues à l'échelle de l'établissement ou du GH n'est pas juridiquement obligatoire. C'est ainsi qu'en pratique, le site principal du GH ayant servi de cadre d'étude à ce mémoire ne comportait pas de collège des psychologues.

Avant d'être abordée par les textes, cette structuration avait déjà fait l'objet d'un certain nombre d'initiatives sur le territoire français : des professionnels, parfois sur incitation de leur direction, s'étaient déjà organisés en collèges des psychologues voire en service de psychologie afin de faire reconnaître le rôle particulier de la psychologie en établissement de santé et sa contribution à la qualité des soins.

Le premier texte à aborder cette question est la circulaire du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues. La création d'une représentation de la profession, qu'elle prenne la forme juridique d'un collège, d'un département, d'une unité ou d'un service de psychologie, n'a alors que le statut de proposition : « *Il est apparu pertinent de proposer la mise en place au sein des établissements (...) d'une structure de représentation de la profession. La forme en sera décidée par chaque établissement en concertation avec les psychologues. Cette proposition de création est, pour la profession comme pour les établissements de santé, une opportunité pour que les psychologues, outre leur investissement*

individuel au sein des pôles, participent collectivement plus activement au fonctionnement des établissements. »

Une expérimentation sur 2 ans (2013-2014) est lancée quelques mois plus tard, par une seconde circulaire²², pour encourager la multiplication de ces représentations : *« Il s'agit au travers de l'expérimentation d'observer si des dynamiques se créeront dans les établissements autour de ces structures, quelles missions seront effectivement prises en charge parmi celles proposées, quel type de structure sera majoritairement retenu dans la concertation incontournable entre les professionnels et les directions d'établissements et surtout si cette structuration aura des impacts positifs sur la participation des psychologues à la vie des établissements. Il pourra être ensuite sur cette base discuté de l'intérêt comme des modalités de sa généralisation. »* Ces éléments ont fait l'objet d'un suivi par un comité dédié installé auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) mais ces structures n'ont jamais fait l'objet d'une institutionnalisation par le CSP. Le statut de cette représentation des psychologues est donc resté celui d'une proposition.

La forme que peut adopter cette représentation des psychologues reste laissée à l'appréciation des acteurs concernés. La forme juridique de la représentation des psychologues n'étant pas fixée par les textes, il revient aux professionnels de chaque hôpital d'en définir la forme et le fonctionnement au regard de leurs ambitions, étant entendu que plus il sera confié à cette représentation de rôles et de missions de coordination des activités psychologiques et de leurs professionnels, plus cet organe devra se structurer et définir une organisation interne efficace. Le règlement intérieur de ces instances sera donc le reflet direct des ambitions collectives de leurs membres.

En définitive, le législateur laisse à chaque établissement le soin de définir avec les acteurs concernés une structuration optimale de ses activités psychologiques, et une coordination adéquate de ses acteurs.

²² Circulaire N°DGOS/RH4/2012/396 du 26 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la fonction publique hospitalière.

3 Sur le plan opérationnel, il revient à chaque établissement de se saisir des instruments de structuration disponibles et d'engager un pilotage sur-mesure de la psychologie à l'hôpital

3.1 Trois instruments de structuration sont à disposition des établissements et doivent être utilisés de manière conjointe

Le seul instrument de structuration dont l'utilisation est juridiquement contraignant est le projet psychologique d'établissement (3.1.1). Son élaboration, son portage et sa mise en œuvre rendent toutefois indirectement nécessaires deux autres instruments de structuration : le collège des psychologues (3.1.2) et une coordination du temps FIR par l'établissement (3.1.3).

3.1.1 Le projet psychologique est la pièce maîtresse du pilotage de la psychologie à l'hôpital par sa fonction d'entraînement

Comme vu dans la section précédente (2.2.3), la création du projet psychologique est le seul instrument de structuration dont l'utilisation est imposée par les textes.

Il s'agit en effet de la pierre angulaire d'une structuration de la psychologie à l'hôpital pour deux raisons :

- Sa capacité à susciter l'engagement des psychologues, dont la culture professionnelle est peu portée sur la coordination ou la représentation hiérarchique (voir section 1.2.2), dans une démarche collective et constructive sur leur exercice professionnel ; la démarche d'élaboration du projet psychologique est l'occasion de faire le point sur leur situation, de s'accorder sur des objectifs et de construire une série de consensus directement avec les personnels concernés ;
- Le fait qu'il entraîne indirectement dans sa démarche les deux autres instruments de structuration de la psychologie que sont l'installation

d'une représentation de la profession et la coordination du temps FIR par l'établissement.

Le législateur n'a donc eu à faire porter d'obligation juridique que sur ce seul point pour entraîner toute une démarche de structuration « sur-mesure » de la psychologie à l'hôpital.

3.1.2 L'élaboration et le portage du projet psychologique ne peuvent s'appuyer que sur un collège des psychologues suffisamment structuré et efficace

Si la création d'une représentation de la profession ne fait pas l'objet d'une obligation juridique (voir section 2.2.3), elle fait néanmoins l'objet d'une nécessité pratique. En effet, depuis 2018 et l'obligation faite à chaque établissement d'élaborer un projet psychologique (voir section 2.2.3), l'existence d'une représentation de la profession est devenue indirectement nécessaire : une instance de coordination des points de vue et de centralisation des débats est devenu une nécessité préalable à l'élaboration puis au portage du projet psychologique d'établissement. Il faut une forme de coordination de la profession pour qu'elle puisse désigner des représentants pour participer à des groupes de travail, et que les grands axes et objectifs d'un projet psychologique d'établissement puissent être discutés et définis.

C'est donc bien le caractère obligatoire du projet psychologique qui est à l'origine de la création dans certains établissements d'un collège des psychologues. Le cas de figure s'est présenté pour le site principal du GH ayant servi de cadre d'étude de ce mémoire : un collège des psychologues a été créé pour que les professionnels de ce site puissent être représentés aux travaux du GH sur le projet psychologique.

La représentation des psychologues doit être suffisamment structurée pour permettre le portage et la mise en œuvre du projet psychologique. Comme le précisent les deux circulaires de 2012 citées plus haut (voir section 2.2.3), la représentation des psychologues peut adopter plusieurs modalités de coordination : celles d'une unité

fonctionnelle de psychologie, d'un service de psychologie, ou celle d'un collège de psychologie. Dans la plupart des établissements, c'est la modalité de coordination la moins structurée (la plus légère et la moins hiérarchisée) qui a été choisie par les psychologues : celle du collège. Le règlement intérieur des collèges ne prévoit généralement aucun lien hiérarchique entre représentants et représentés, et la plupart des règlements intérieurs prévoient des délégations minimales à l'attention de leurs élus (la compétence centrale du représentant étant celle d'être l'interlocuteur unique des psychologues avec la direction).

Or, si un collège à la structure légère peut être une organisation suffisante pour l'élaboration du projet psychologique (cette phase du projet ne nécessite qu'un petit nombre de réunions des représentants pour porter un diagnostic, fixer des priorités et objectifs et envisager des actions), la mise en œuvre d'un plan d'actions doit nécessairement s'appuyer sur un collège plus structuré, comportant notamment :

- **Des référents pour chaque action** : en effet, la mise en œuvre d'une action se révélant chronophage (ex. action de concevoir une fiche d'évaluation propre aux psychologues, et comprenant un rapport d'utilisation du temps FIR, de le faire tester par des médecins-chefs de service et valider par la DRH), un plan d'actions mis en œuvre sans chef de service ou emploi dédié devra nécessairement s'appuyer un grand nombre de référents afin de répartir la charge des travaux sur l'ensemble des psychologues intéressés ;
- **Des formations restreintes ou un bureau** si le collège doit se réunir fréquemment pour valider les projets ;

Le niveau de structuration du collège doit donc être à suffisant pour permettre le portage et la mise en œuvre du projet psychologique par un collectif de psychologues sans autorité hiérarchique. Le règlement intérieur de l'instance doit donc préciser les règles de fonctionnement de la structuration choisies.

3.1.3 Le fonctionnement du collège des psychologues doit s'appuyer sur une mobilisation du temps FIR coordonnée par l'établissement

Les travaux conduits par les psychologues doivent être réalisés sur leur temps FIR. La réalisation du projet psychologique passe par la mise en œuvre d'un plan d'actions. Même si la charge de conduire ces actions est divisée et répartie entre psychologues, il s'agit d'une charge de travail importante pour une profession déjà marquée par un grand nombre d'emplois à temps partiels et une insuffisance des effectifs au regard des besoins de santé mentale des patients (voir section 1.1.1). Dès lors, c'est essentiellement par la mobilisation du temps FIR (voir section 1.1.2) que les psychologues pourront réaliser ces travaux sur leur temps de travail.

Les textes applicables au temps FIR permettent cette utilisation. Le statut particulier des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière offre cette possibilité. En effet, l'article 2, par une formulation large, dispose que les psychologues « *entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherche et formation que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action* ». La circulaire du 30 avril 2012 déjà citée prévoit en outre que le dispositif peut être mobilisé pour les contractuels également puisque le bénéfice du temps FIR « *n'est pas lié au statut de fonctionnaire et concerne aussi bien les psychologues titulaires de la Fonction Publique Hospitalière que les contractuels sur emploi permanent qu'ils exercent leur activité à temps plein ou à temps non complet.* ».

Enfin, les modalités d'exercice du temps FIR n'excluent pas une coordination de ce temps par l'établissement, puisque la même circulaire dispose que « *Le temps consacré à cette démarche doit être dorénavant défini chaque année dans le cadre d'un entretien entre le psychologue et son responsable hiérarchique désigné, à partir de l'expression de ses besoins individuels et de son investissement dans les projets institutionnels.* »

3.2 Un pilotage sur mesure de l'activité de psychologie à l'hôpital pourra permettre une coordination de tous les acteurs concernés

Le pilotage local des activités psychologiques pourra passer par une phase de cadrage préalable du projet afin de définir les orientations générales des travaux à venir (3.2.1) ; par la recherche d'une exhaustivité dans le contenu du projet psychologique d'établissement afin d'aborder l'ensemble des enjeux de la profession (3.2.2) ; enfin par le choix de recourir à une charte afin de susciter l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés à la gestion RH des psychologues (3.2.3).

3.2.1 Un cadrage préalable du projet sera nécessaire afin d'éviter certains écueils dans la poursuite des travaux

Les débats devront sans doute être cadrés par la nécessité de raisonner à moyens constants. Les échanges avec les représentants des psychologues vont naturellement tourner autour de la question des effectifs et du faible nombre d'emplois de psychologues à l'hôpital au regard des besoins constatés (voir section 1.2.1). Au vu toutefois des tensions sur la masse salariale des hôpitaux et du caractère subsidiaire de la psychologie dans les établissements de MCO-SSR (voir section 1.2.1), il pourra s'avérer nécessaire que la réunion de cadrage du projet fixe d'emblée aux travaux à venir la contrainte de ne pas aboutir à une augmentation de la masse salariale. Cet objectif de penser à moyens constants devra sans doute être précisé dès le cadrage du projet afin que les difficultés et enjeux de la profession qui seront soulevés lors de la phase de diagnostic ne conduisent pas les participants à y répondre systématiquement par une proposition d'augmentation des effectifs de psychologues.

La création d'un collège des psychologues, ou son renforcement, ne devront pas amener ce collectif à évoluer vers une instance corporatiste. La situation hiérarchique complexe des psychologues (voir section 1.1.1), les difficultés qui peuvent être les leurs dans leurs relations à l'autorité médicale (management du chef de service peu respectueux des spécificités de la profession, absence d'évaluation professionnelle, faible

intégration à la vie du service) évoquées en section 1, ainsi que la culture de l'indépendance qui marque cette profession (voir section 1.2.2) ne doivent pas conduire les psychologues à concevoir leur collège comme une instance de défense des intérêts du corps par rapport aux médecins-chefs de service. En effet un grand nombre d'enjeux de la profession se situent autour d'une meilleure articulation avec le corps médical et une sensibilisation des chefs de service aux conditions de sens du métier de psychologue. Il importe donc que les missions qui seront confiées à ce collège témoignent elles-mêmes d'une recherche d'amélioration de la qualité globale des soins proposés par le service, dont les soins psychiques font partie intégrante, et non qu'elles cherchent à constituer un contre-pouvoir à la hiérarchie médicale.

Le cadrage du projet pourra donc proposer de centrer l'ensemble des réflexions sur « la qualité globale des parcours de soins, de l'exercice professionnel de psychologue, et des conditions de travail » de ces derniers. Ce type d'orientations semble pouvoir permettre l'engagement des réflexions collectives dans un sens relativement productif et propre à mieux intégrer la dimension psychologique dans les parcours de soins en MCO-SSR.

3.2.2 Le contenu du projet psychologique doit couvrir l'ensemble des enjeux de la profession pour permettre un pilotage global de cette activité

Un premier cadrage du contenu du projet psychologique vient d'être imposé par le législateur. L'article 36 de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification prévoit en effet que le projet psychologique comprend « *plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues et à leurs activités de formation et de recherche, ainsi que les modalités de leur organisation dans l'établissement.* » C'est donc un certain nombre d'enjeux de la profession déjà identifiés dans ce mémoire sur lesquels les établissements sont désormais invités à se pencher par le Code santé publique.

Le premier volet du projet, relatif aux activités cliniques des psychologues, pourrait par exemple se fixer l'objectif de « favoriser une meilleure prise en compte de la dimension psychologique dans

les parcours de soins », objectif général qui se traduirait par la recherche (i) d'une meilleure sensibilisation des équipes médicales et soignantes aux spécificités de l'intervention du psychologue (enjeu identifié en section 2.1.1) ; (ii) d'une meilleure information du patient sur ses possibilités de bénéficier d'un accompagnement psychique pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge (enjeu identifié en section 2.1.1) ; (iii) d'une intégration, des objectifs des activités des psychologues dans les projets de service et les projets de pôle/DMU concernés (enjeu identifié en section 2.1.3) ; (iv) d'un meilleur accès des populations spécifiques (malentendantes, non francophones) aux soins psychologiques (enjeu identifié en section 2.1.1).

Le second volet, relatif aux modalités d'organisation des psychologues dans l'établissement, pourrait aborder aussi bien le rôle et les fonctions du collège des psychologues, que des aspects purement administratifs liés à la gestion de ces professionnels.

Le collège des psychologues pourrait ainsi se fixer l'objectif de « renforcer le lien entre les psychologues et la DRH par une meilleure structuration de la représentation des psychologues », objectif général qui se traduirait par un plan d'actions visant à : (i) redéfinir les attributions de cette représentation et les prérogatives des représentants élus (enjeu identifié en section 2.1.3) ; (ii) faire de cette représentation un relai entre les psychologues et la DRH, permettant de simplifier les échanges, de recueillir et diffuser les informations²³ (enjeu identifié en section 2.1.2) ; (iii) contribuer à l'accueil des nouveaux arrivants psychologues au sein du GH ; (iv) constituer un espace-ressource pour les services qui ne disposent pas encore de psychologues et nécessitent un appui dans l'orientation de leurs patients (enjeu identifié en section 2.1.1).

Le second volet pourrait également se fixer des objectifs destinés à répondre aux enjeux de gestion administrative des psychologues soulevés dans cette étude. Il se fixerait ainsi en premier lieu l'objectif « d'harmoniser les modalités de gestion quotidienne des psychologues (gestion du temps clinique, gestion du temps FIR, gestion des congés et absences, gestion

²³ Notamment pour clarifier les règles juridiques et les modalités de gestion des psychologues du GH (nature du contrat, à la titularisation, à la rémunération et à l'évolution des carrières).

des moyens matériels...) » qui font l'objet de situations fort diverses (voir section 1.1.1). Et en second lieu de « clarifier le cadre hiérarchique spécifique au sein duquel les psychologues du GH exercent leurs missions et sont évalués » (enjeu identifié en 1.2.1). Cet objectif passerait par un plan d'actions destiné à : (i) harmoniser le circuit d'évaluation des psychologues, notamment par l'adaptation des fiches d'évaluation (comprenant notamment une trame de rapport d'activité et de rapport FIR) pour tenir compte des spécificités de leurs missions ; (ii) clarifier auprès des psychologues, des cadres de santé, et des chefs de service concernés le cadre hiérarchique (autorité hiérarchique et liaisons fonctionnelles) au sein duquel les psychologues exercent leurs missions.

Le dernier volet pourrait se fixer l'objectif de « mieux soutenir les psychologues dans leur accès à des formations spécifiques et dans les activités de recherche qu'ils conduisent ». Cet objectif général se traduirait par (i) une harmonisation des modalités d'attribution et de suivi du temps FIR (enjeu identifié en 1.1.2), condition d'accès aux formations et de participation aux activités de recherche ; (ii) l'accès aux formations passera par une meilleure mobilisation des fonds FIR et MIGAC et la désignation de membres du collège des psychologues pour suivre ces dossiers (enjeu identifié en 2.1.2) ; (iii) enfin, le projet pourra se fixer l'objectif d'un meilleur portage des activités de recherche conduites en propre par les psychologues et d'une meilleure association de ces derniers à la recherche médicale (enjeux identifiés en 2.1.3).

3.2.3 Pour répondre aux enjeux de la gestion administrative des psychologues, il apparaît nécessaire de recourir à une « charte de gestion des psychologues » associant tous les acteurs

Les difficultés de gestion des psychologues sont nombreuses. Plusieurs aspects plaident en effet pour une meilleure gestion administrative et managériale des psychologues : un circuit de recrutement faiblement institutionnalisé, un temps de travail (temps clinique et temps FIR) faiblement suivi par l'établissement, des liens hiérarchiques complexes et méconnus de l'ensemble des professionnels de l'hôpital et un circuit d'évaluation non maîtrisé par ses acteurs (voir section 1.1.1) ; de fortes

disparités entre agents dans leur degré d'intégration à la vie du service ou dans l'attribution d'un temps FIR (voir section 1.1.2) ; enfin une certaine indépendance professionnelle reconnue par les textes mais dont le périmètre et les limites sont parfois mal maîtrisés tant des médecins-chefs de service que par les cadres de santé et parfois les psychologues eux-mêmes (voir section 1.2.2).

Pour autant, une grande partie de ces difficultés de gestion sont liées entre elles et appellent un traitement commun. L'ambiguïté des textes fixant le cadre hiérarchique des psychologues et parfois leur faible applicabilité sont à l'origine aussi bien du faible suivi du temps de travail des psychologues, du faible nombre d'entre eux à bénéficier d'une évaluation professionnelle, que des fortes disparités entre agents dans leur degré d'intégration à la vie des équipes. C'est donc ici ce cadre hiérarchique qui doit faire l'objet d'une information, et en partie également, d'une définition locale pour en lever les ambiguïtés. De la même façon, une action globale de la DRH conduite en dialogue avec les chefs de service pourrait être envisagée pour harmoniser les procédures de recrutement en même temps que l'attribution du temps FIR des psychologues.

La définition en local de certains liens hiérarchiques et d'un cadre de gestion commun aux psychologues par l'ensemble des chefs de service impliquent un consensus des acteurs concernés. En effet, si une partie des spécificités hiérarchiques qui caractérisent la situation des psychologues peut faire l'objet d'un simple rappel du droit (autorité fonctionnelle du chef de service et suivi du temps de travail et du temps FIR par celui-ci), d'autres questions laissées dans l'ambiguïté par les textes applicables doivent être précisées en local (nature et périmètre de l'indépendance professionnelle du psychologue, identification de l'évaluateur pertinent pour conduire les entretiens professionnels).

Dans la mesure où le consensus doit être recherché sur ces questions et où l'adhésion des chefs de service est nécessaire à la mise en œuvre de ce qui sera statué en local, une charte devra sans doute venir matérialiser ce consensus. Cette charte de gestion viendra permettre une meilleure articulation de l'action des chefs de services et de

la DRH dans la définition d'une répartition des rôles de chacun dans la gestion et le management des psychologues.

Conclusion

La présence de psychologues auprès de certains patients en situation difficile ou au sein de certains parcours de soins spécifiques fait consensus à l'hôpital. La prise en charge psychologique de ces patients y est perçue comme une nécessité : son absence menacerait la solidité du parcours de soins proposé par l'établissement.

Pour autant, l'offre de soins psychologiques fait l'objet d'un faible degré de structuration dans les établissements de MCO et de SSR, pour des raisons qui tiennent tant à la nature de ces activités, qu'à la culture professionnelle des psychologues et à l'histoire de leur discipline.

Un meilleur pilotage de l'activité psychologique et une coordination accrue de ses acteurs apparaissent toutefois comme une nécessité, non seulement pour une meilleure intégration de la dimension psychologique dans les parcours de soins proposés aux patients, mais encore au regard de la marginalisation dont les professionnels de cette discipline peuvent parfois faire l'objet à l'hôpital.

Si l'état du droit applicable aux psychologues ne répond que partiellement aux besoins de structuration de cette activité, le législateur semblant avoir renoncé à structurer de manière uniforme cette profession par des mesures nationales, les établissements disposent désormais d'un certain nombre d'instruments de structuration de la psychologie à l'échelle locale.

Ces instruments peuvent dès lors être utilisés pour définir, en dialogue avec l'ensemble des parties prenantes, une structuration sur-mesure de l'offre de soins psychologiques au sein de l'hôpital, et une plus forte intégration des psychologues dans la vie de l'établissement.

Bibliographie

Références juridiques :

- Code de la santé publique
- Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, JORF n°0182 du 7 août 2019
- Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière, JORF n°29 du 2 février 1991
- Instruction DSS/SD1/DMSMP/2021/101 du 17 mai 2021 relative à la mise en œuvre du dispositif de renforcement en psychologues des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé
- Note DGOS du 18 novembre 2020 relative à l'entretien professionnel
- Circulaire DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière
- Circulaire DGOS/RH4/2012/396 du 26 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la fonction publique hospitalière
- Réponse du ministre de la Santé et des Solidarités à une question écrite du député Joaquim PUEYO (2017)
- Règlement intérieur de l'AP-HP
- Répertoire des métiers de la fonction publique - Psychologue

Rapports :

- Cour des comptes, 2021, *Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*
- Ecole des Hautes études en Santé Publique (EHESP), Module Inter-Professionnel, 2013, *Place et rôle des psychologues en établissements de santé*
- Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2019, *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution*

Littérature scientifique :

- ARNAULT-REMY Y., 1997, *L'aide aux soignants : place des groupes de parole*
- BOYER-VIDAL B., GREMILLET C., 2016, « Psychologue en institution : une place à créer », in *Le Journal des psychologues*
- CAILLAUD S., HAAS V., 2017, *Représentations croisées du rôle des psychologues dans le champ du handicap*
- CASTRO D. et al, 2002 , « Le psychologue vu par ceux qui commanditent leurs prestations », in *Le Journal des psychologues*

- CONRATH P., HOUDRY P-M., 2017, « De la psychologie de la santé... à la santé des psychologues », in *Le journal des psychologues*
- DILTHEY W., 1894, *Idées concernant une psychologie descriptive et analytique*
- DOUCET C., 2008, *Le psychologue en service de médecine, les mots du corps*
- GARCIN E., 2010, *La place des psychologues dans la réformes du système de santé actuel*
- GARCIN E., 2016, « Psychologues et hiérarchie : l'improbable équation », in *Le journal des psychologues*
- GOLSE A., 2003, *Transformations de la psychiatrie et pratiques des psychologues*
- HOUDRY P-M., 2016, « La place du psychologue dans les systèmes hiérarchiques », in *Le journal des psychologues*
- LALLEMAND D., 2019, « Psychologues en institutions : faut-il définir leur intervention ? », in *ASH - actualités sociales hebdomadaires*
- LUCE C., 2016, « Les vulnérabilités des psychologues face à leur hiérarchie », in *Le journal des psychologues*
- MARTY F. et al, 2007, *Le psychologue à l'hôpital*
- MOULIN M. et al, 1992, « La psychologie, les psychologues et les autres... Analyses et illustrations de "paradoxes identitaires" », in *Bulletin de psychologie*
- PLOTON L., BLANCHARD F. et GAUCHER J., 1996, *Les psychologues en institution - une hiérarchie des priorités*
- POPPER K., 1935, *La logique de la découverte scientifique*
- SAMACHER R. et al, 2001, « Les psychologues cliniciens dans la tourmente ! », in *Le journal des psychologues*
- TYRANOWSKY R., 2016, « Les contradictions de la position du psychologue dans la prise en charge hospitalière », in *Le journal des psychologues*

Déclarations politiques et syndicales :

- Tract inter-syndical du 10 juin 2021 : « Appel à mobilisation des psychologues »
- Syndicat national des psychologues : *Structuration institutionnelle, enjeux et perspectives*, 25 mars 2013

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Ventilation par service des équivalents temps pleins de psychologues dans le GH ayant servi de cadre à l'étude
- **Annexe 2** : Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière (extraits)
- **Annexe 3** : Tract inter-syndical « Mobilisation des psychologues » du 10 juin 2021
- **Annexe 4** : Cartographie des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire
- **Annexe 5** : Grille d'entretien des psychologues
- **Annexe 6** : Grille d'entretien des chefs de service
- **Annexe 7** : Grille d'entretien des cadres de santé
- **Annexe 8** : Grille d'entretien du DRH

Annexe 1 : Ventilation par service des équivalents temps pleins de psychologues dans le GH ayant servi de cadre à l'étude

SERVICES D'EXERCICE DES PSYCHOLOGUES	# ETPR
CONSULT PEDO PSY	7,09
CONSULT PSY ADULTE	4,1
SAMU	4
POLICLINIQUE - HDJ GER	4
MAISON DES ADOS 1	3,743
DRH (SST)	2,4
CONS MED JUDICIAIRE	2,29
NEUROLOGIE	2
CRTLA	2
SSR ADDICTOLOGIE et HDJ	1,7
MAISON DES ADOS 2	1,5
MIT	1,5
SSR GERIATRIQUE B	1,5
SSR NUTRITION-OBESIT	1,5
PLANNING FAMILIAL	1,3
MAISON ADO 3	1,25
CANCERO	1
DERMATO	1
HEMATO	1
PNEUMO	1
SOINS PALL	1
SSR GERIATRIQUE A	1
CONSULT MAL. INF.	0,56
USC REANIMATION	0,5
CONSULT AMP	0,5
MEDECINE INTERNE	0,5
ONCOGERIATRIE	0,5
DRH (SST)	0,49
MATER	0,3
CECOS	0,2
POLICLINIQUE ADDICTO	0,2
PERINAT.	0,1

Annexe 2 : Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière (extraits)

NOR : SANH9002525D

Version en vigueur au 02 juin 2021

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, du ministre des affaires sociales et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, et notamment l'article 44 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 ter ;

Vu le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue ;

Vu le décret n° 90-259 du 22 mars 1990 pris pour application du II de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et relatif aux personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 11 juin 1990 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

Le présent décret s'applique aux psychologues des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée qui constituent un corps classé en catégorie A.

Titre Ier : Dispositions générales. (Articles 2 à 6)

Article 2

Les psychologues des établissements mentionnés à l'article 1er exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en oeuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.

Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel.

Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action.

En outre, ils peuvent collaborer à des actions de formation organisées, notamment, par les établissements mentionnés à l'article 1er ou par les écoles relevant de ces établissements.

Article 3

Modifié par Décret n°2010-1323 du 4 novembre 2010 - art. 4

I. - Les psychologues sont recrutés par voie de concours sur titres ouvert par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'établissement ouvrant le concours. Lorsque le concours est ouvert pour le compte de plusieurs établissements du même département, il est ouvert et organisé par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'établissement concerné du département comptant le plus grand nombre de lits.

En ce qui concerne l'administration générale de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, le concours est ouvert par le directeur général.

II. - Le concours comporte :

1° Une admissibilité prononcée par le jury après examen sur dossier des titres, des travaux et, le cas échéant, de l'expérience professionnelle des candidats ;

2° Une épreuve orale d'admission consistant en un entretien à caractère professionnel avec le jury destiné à apprécier les motivations et aptitudes des candidats déclarés admissibles.

III. - Peuvent faire acte de candidature les personnes titulaires :

1° De la licence et de la maîtrise en psychologie qui justifient, en outre, de l'obtention :

a) Soit d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie ;

b) Soit d'un diplôme d'études approfondies en psychologie comportant un stage professionnel dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

c) Soit d'un des titres figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;

2° De la licence visée au 1° et d'un master mention psychologie comportant un stage professionnel dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

3° Du diplôme de psychologie délivré par l'école des psychologues praticiens de l'Institut catholique de Paris ;

4° De titres ou diplômes étrangers reconnus comme équivalents aux titres et diplômes mentionnés au 1° et au 2° ci-dessus, dans les conditions fixées au 5° de l'article 1er du décret n° 90-255 du 22 mars 1990 susvisé ;

5° D'une qualification reconnue comme équivalente à l'un des titres ou diplômes mentionnés au 1° et au 2° ci-dessus, dans les conditions fixées par le chapitre III du décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique ;

Les titres et diplômes visés au 1°, 2°, 3° et 4° doivent avoir été délivrés dans les spécialités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

IV. - Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les règles de composition du jury.

Article 4

Modifié par Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 6

Le corps des psychologues de la fonction publique hospitalière comporte le grade de psychologue de classe normale, qui comprend onze échelons, et le grade de psychologue hors classe, qui comprend huit échelons.

MICHEL ROCARD Par le Premier ministre :

Le ministre délégué à la santé,

BRUNO DURIEUX

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et du budget,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité,

CLAUDE ÉVIN

Le ministre délégué au budget,

MICHEL CHARASSE

Annexe 3 : Tract inter-syndical « Mobilisation des psychologues » le 10 juin 2021



MOBILISATION DES PSYCHOLOGUES

DES PSYCHOLOGUES MALTRAITÉS, UNE POPULATION MALMENÉE

**Ça suffit ! Nous demandons au Gouvernement et aux Pouvoirs
Publics d'arrêter de se moquer des psychologues !**

**Halte à la prolifération des mesures et annonces qui
disqualifient les psychologues, se construisent sans leur
participation et sans leur avis !**

La crise sanitaire a mis à jour les maux de notre société et découvre, entre autres, l'importance des psychologues. Or le Gouvernement s'emploie à nier leur place en imposant un accès sous prescription médicale qui pénalise le public, en limitant leur indépendance technique et en conditionnant leur exercice clinique.

➤ **Depuis plusieurs mois émanent du Gouvernement une succession de rapports et réglementations** qui, sous-couvert de préoccupation humaniste pour la santé mentale de nos concitoyens, dénigrent chaque fois davantage les psychologues et menacent de plus en plus leurs pratiques :

- rapport de l'IGAS méprisant les psychologues et ceux qui les forment ;
- rapport de la Cour des Comptes soutenant une expérimentation de remboursement scandaleuse tant par les tarifs dérisoires octroyés que par les conditions de travail inadmissibles ;
- cahier des charges d'ARS qui interdit les soins à certaines structures et les limite drastiquement à d'autres ;
- et plus récemment, arrêté réduisant d'une manière caricaturale et

inacceptable les compétences des psychologues qui interviennent auprès des enfants présentant certains troubles du développement.

L'accumulation de ces propositions suscite colère et opposition de la part de la grande majorité des organisations représentatives des psychologues et des enseignants- chercheurs en psychologie qui soulignent avec force leurs effets néfastes pour la profession comme pour les usagers.

- Nous dénonçons la **méthode, anti-démocratique**, qui ignore ostensiblement les organisations représentatives de la profession et la réalité des pratiques professionnelles. Nous dénonçons l'intention, manifeste, qui consiste à vouloir contrôler la profession, la mettre sous tutelle, la **paramédicaliser**, la disqualifier, l'instrumentaliser pour répondre à une idéologie et une volonté politique. L'engagement des professionnels au service de la population, l'utilité et l'efficacité de leurs pratiques ne sont plus à démontrer depuis longtemps. Nous refusons le mépris et le déni qu'on leur oppose !
- Nous condamnons **l'abandon du service public** et demandons la création massive de postes de psychologues dans le secteur public. Pendant qu'on chante leurs louanges, les psychologues sont **oubliés et délibérément écartés du Ségur** : dans la FPH, aucune revalorisation des grilles de salaire n'est prévue, le très faible passage en hors classe bloque le déroulement de carrière. **Les conditions de travail se détériorent** : embauches sur emploi précaire, CDD de 3 mois par exemple, attaques sur la fonction FIR, évaluation subjective avec des objectifs impossibles à atteindre. La profession de psychologue hospitalier est ainsi clairement dénigrée, reléguée au rang de non essentiel.
- Nous demandons le **retrait de l'ensemble des projets et mesures annoncées** :
 - retrait des différentes expérimentations en cours sur le remboursement des consultations et psychothérapies des psychologues, à des tarifs dérisoires qui ne permettent pas de vivre de son travail, et de plus sous contrôle médical ;
 - retrait du cahier des charges de l'ARS Nouvelle Aquitaine et autres régions ;
 - retrait des mesures administratives et des arrêtés imposant des techniques et méthodes exclusives, en particulier celui relatif aux enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux.
- Nous demandons **l'accès libre aux psychologues dont la consultation doit être remboursée par la sécurité sociale**, et rappelons que **plusieurs pétitions** dans ce sens rassemblent un nombre considérable de signatures. À la date d'aujourd'hui :
 - 20 896 signatures pour la pétition *L'Accès direct aux Psychologues : un enjeu de santé public* (CGT-UFMICT, FFPP, SIUEERPP, SNP) ;

- 11 523 signatures pour la pétition *Les psychologues doivent être au cœur du dispositif de soutien psychologique* (collectif) ;
- 10 194 signatures pour la pétition *Pour un nouveau tarif et un accès libre aux psychologues dans les expérimentations* (SNP).

- Nous exigeons le respect de la loi de 1985, **le respect de l'autonomie des psychologues** et de la pluralité de leurs méthodes et pratiques. Nous exigeons la reconnaissance de leur éthique et de leur déontologie élaborée par 21 organisations ou syndicats de psychologues dans un Code qui est régulièrement réactualisé.
- Nous rejetons catégoriquement la proposition de loi de quelques députés en vue de créer un Ordre des psychologues qui participerait à leur disqualification et mise sous tutelle.

Signalons la toute récente pétition

Signez la lettre pour le retrait de la proposition de loi sur un Ordre des psychologues (collectif) : déjà 5609 signatures. Plusieurs communiqués (CeréDéPsy, SFP, AFPEN, AEPU, SNP, FFPP, AnPsyCT, FSU, UNSA, SNPPN, Appel des Appels, SIUEERPP, etc.) vont dans le même sens.

Appel à mobilisation

Nous appelons à la mobilisation **tous les psychologues**, quel que soit leur champ de pratique, **tous les étudiants et enseignants-chercheurs en psychologie**, et toutes celles et ceux qui sont préoccupés par la qualité du travail des psychologues, pour faire entendre leur mécontentement.

**Nous appelons à manifester le jeudi 10 juin 2021 à 13h30
à Paris devant le Ministère de la santé en province devant
Préfectures ou ARS selon l'organisation locale proposée.**

Dans le cadre de cette mobilisation exceptionnelle nous demandons un rendez-vous auprès du Premier Ministre, du Ministre des solidarités et de la santé, du Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, ainsi qu'auprès des Ministres ou Secrétaires d'État concernés par la profession de psychologue (Affaires sociales, Handicap, etc.) et auprès des Directions administratives.

Avec l'ensemble des organisations représentatives des psychologues et des enseignants, nous attendons qu'un agenda s'ouvre sur une réflexion collective. Nous voulons que soient prises en compte les propositions de ces organisations, propositions qui répondent aux besoins du public et respectent les psychologues dans toute leur diversité.

Nous ne laisserons pas les Pouvoirs Publics décider pour nous, sans nous, et instrumentaliser notre profession !

Vous retrouverez cet appel à mobilisation sur le site appeldu10juin.com. Si vous êtes une association, une organisation, un syndicat, un collège, un collectif de psychologues ou autres et que vous souhaitez vous associer à cet appel, envoyez un mail à appel.10juin@gmail.com, nous ajouterons votre nom à la liste des soutiens.

Annexe 4 : Cartographie des entretiens réalisés

Ont été rencontrés dans le cadre de ce mémoire :

- Directeur des ressources humaines : 1
- Directeur des affaires médicales : 1
- Chefs de service : 2
- Cadres de santé : 4
- Psychologues du GH : 10
- Psychologues hors GH : 2

Les questionnaires ont varié avec chaque catégorie de professionnel interviewé de façon à couvrir les thèmes selon la ventilation suivante :

	Psychologues	Cadre de santé	DRH	DAM	Chefs de service	Psychologues hors GH
Place de la santé mentale dans un hôpital de MCO	X	X	X		X	X
Approche clinique des psychologues	X					X
Appareil de formation des psychologues	X				X	X
Conditions d'exercice des psychologues (gestion, recrutement, conditions de travail...)	X		X			X
Exercices hiérarchiques (encadrement, temps clinique, temps FIR, évaluation...)	X	X	X		X	X
La recherche ²⁴	X			X		
Intégration des psychologues dans la vie de l'établissement	X	X			X	X

²⁴ Sur ce thème, le choix méthodologique d'un état des lieux exhaustif de la recherche (nature, enjeux, obstacles, leviers) conduite par les psychologues sur l'ensemble du GH a été demandé à ces derniers en lieu et place de la conduite d'entretiens, afin de bénéficier d'une vision exhaustive de la situation.

Annexe 5 : Grille d'entretien des psychologues

1. La place de la santé mentale dans un hôpital en MCO

Y a-t-il assez de psychologues à l'hôpital ?

Notre GH emploie 50 ETPR et 70 psychologues. Ça vous semble peu ? beaucoup ?

Peut-on dire que la santé mentale reste secondaire dans un établissement en MCO ?

Si l'on parle de santé mentale en hôpital de MCO, les soignants pensent-ils d'abord aux psychologues ou d'abord aux psychiatres ?

Finalement, la psychologie est-elle vue comme une activité de confort ? de bien-être ? une activité accessoire ?

2. L'approche clinique du psychologue

L'accompagnement psychologique est-il un soin ?

Soignez-vous une pathologie précise ?

Soignez-vous tout court ? Vous soignez quoi ?

Comment définiriez-vous le soin psychologique ?

La médecine est une discipline issue des sciences dures : elle est divisée en spécialités, et centrée sur l'idée de pathologies liées à des fonctions (fonctions du corps, fonctions mentales) ; la santé est donc conçue implicitement comme le caractère opérationnel de l'ensemble des fonctions. La santé est-elle conçue de la même façon par vous ? par les psychologues en général ?

Diriez-vous que vous avez une approche holistique de la santé ?

Diriez-vous que vous ne travaillez pas avec des fonctions mais avec une relation (relation unique entre individus eux-mêmes singuliers) ? Diriez-vous que vous travaillez avec la subjectivité du malade ? Avec la vôtre ?

Travaillez-vous avec un parcours de santé ou plutôt un parcours de vie ?

Peut-on protocoliser l'action d'un psychologue ? [Peut-on prédéfinir des procédures applicables comme en médecine ?]

Comment qualifieriez-vous la différence entre un exercice en libéral et un exercice en établissement du point de vue de la clinique ?

Le fait de travailler dans un établissement représente-t-il une contrainte ? En quelle mesure cela a-t-il un impact avec vos activités cliniques ? Le manque d'autonomie menace-t-il le sens de votre activité ?

Un médecin peut-il prescrire un suivi psychologique ?

Les psychologues sont libres dans leur approche théorique, leurs pratiques et leurs outils [Statut de 91 : principe d'autonomie des pratiques (spécificités de service, spécificités de populations...)]. En quoi cette indépendance est-elle réellement nécessaire ?

Comment identifieriez-vous les courants théoriques mobilisés en établissement de santé de MCO ?

Y a-t-il une prédominance du fait psychanalytique ? en établissement et aussi à l'université ?

En tant que sciences humaines, la psychologie me semble structurée par des courants théoriques et doctrinaux très opposés avec des querelles sur la vision de cette discipline qu'on ne retrouve pas en médecine. Est-ce vrai ?

3. L'appareil de formation des psychologues

Les psychologues font désormais souvent des DU pour se spécialiser. Est-ce vrai ? Pourquoi ? Est-ce nécessaire ? Une formation en Bac+5 ne suffit pas ?

Que pensez-vous de l'appareil de formation universitaire en psychologie ?

L'appareil de formation est critiqué par l'IGAS (rapport de 2019) et la cour des comptes (rapport de 2021) : plusieurs courants, manque de lisibilité ? manque de qualité de certaines formations ? degrés divers de scientificité. Vous en pensez quoi ?

Quelles sont les grandes spécialités en psychologie ? Comment est-ce structuré ? Il y a donc des courants et des spécialités ?

Comment définiriez-vous la psychologie clinique ? Quelles sont les grands théoriciens de ce courant ? Est-ce un courant ? Quels sont les autres courants ?

A l'Université du Québec à Montréal (Canada), où la structure de la formation est différente (statistiques, mathématiques...), et l'apprentissage de la pratique plus développé (internat clinique dédié, formations obligatoires aux différentes approches thérapeutiques, travail en supervision médical), les psychologues font partie intégrante du système de santé. ». Ce système vous semble-t-il préférable au nôtre ?

Diriez-vous qu'il y a un mouvement de scientificisation de la psychologie et un recul graduel de l'importance de la psychanalyse à l'hôpital ? à l'université ? Qu'en pensez-vous ?

L'IGAS propose de distinguer plus clairement les différentes branches de la psychologie. Est-ce une bonne chose ?

L'IGAS propose aussi de hiérarchiser les approches de la psychologie à l'université (par le financement différencié) ? Qu'en pensez-vous ?

4. Les conditions d'exercice

Les psychologues sont assez souvent seul à exercer leurs fonctions dans leur service. Est-ce un problème ? Ne pas pouvoir s'appuyer sur un collectif pour échanger, est-ce un problème ? [Ne serait-ce pas une richesse ?]

Certains psychologues peuvent-ils souffrir de l'isolement ? De quelle nature ?

Quelle sont les sources majeures d'insatisfaction pour vous ? Est-ce vrai de tous les psychologues en MCO ?

« *Les psychologues garantissent seuls l'éthique et la déontologie de leur discipline et de leurs conditions d'exercice* » (Pierre-Marie HOUDRY, « La place du psychologue dans les systèmes hiérarchiques », in Le journal des psychologues, 2016). Ça vous inspire quoi ?

Trouvez-vous que les équipes soignantes sont suffisamment formées à la particularité des soins psychologiques (pour contribuer à l'adressage) ? Les médecins ?

5. La question hiérarchique

Que pensez-vous des textes qui concernent les psychologues ?

Sont-ils adaptés ? Sont-ils appliqués ? Sont-ils applicables ? pourquoi ?

Faudrait-il que ces textes évoluent ?

Le temps clinique

Quelqu'un gère votre gestime ? Vous ? Qui ?

Comment ça se passe pour vos collègues d'après vous ?

Ce système est-il optimal ?

Une gestion par le chef de service serait acceptable pour vous ? Par la DRH ?

Le temps FIR

Êtes-vous contractuel ou titulaire ?

Bénéficiez-vous d'un temps FIR ?

Quelqu'un attribue la quotité de votre temps FIR ?

Quelqu'un fait le point annuellement avec vous sur l'utilisation de votre temps FIR ?

Comment ça se passe pour vos collègues d'après vous ?

Ce système est-il optimal ?

Une gestion par le chef de service serait acceptable pour vous ? Par la DRH ?

Diriez-vous qu'il y a un manque d'harmonisation des modalités de gestion quotidienne des psychologues (gestion du temps clinique, gestion du temps FIR, gestion des congés et absences, gestion des moyens matériels...) ? Est-ce un problème ?

Quel est le circuit de recrutement défini sur votre site ?

Ce circuit est-il assez procéduré selon vous ?

Comment est défini le circuit dévaluation des psychologues

- sur votre site ?
- Ailleurs à l'AP ?
- Dans le FPH ?
- Est-ce optimal selon vous ?

Est-ce important pour vous d'être évalué ?

Par qui voudriez-vous être évalué ?

Construire un consensus avec les psychologues semble difficile pour beaucoup (ex statut de l'inter-collège du GH, ex code de déontologie, ex Ordre des psychologues).

⇒ Pourquoi ?

⇒ Pensez-vous que les divisions théoriques profondes et antinomiques sont à l'origine des difficiles consensus ? S'il y avait la même sensibilité théorique, la situation changerait-elle ?

6. L'intégration des psychologues dans le fonctionnement de l'établissement

La vie du service

Vous estimez-vous intégré dans la vie du service ?

- Un peu intégré ? Très intégré ?

- De quelle façon ?
- En quelle mesure un psychologue doit-il être intégré dans la vie du service ?
totalement ?
 - Cela pose-t-il un problème vis-à-vis des équipes ?
 - L'intégration du psychologue dépend-elle du statut de psychologue ou de considérations personnes-dépendantes ?
 - Est-ce que ça a un impact sur la perception des soins psychologiques ?
- Comment ça se passe pour vos collègues ?

Comment êtes-vous managé par votre chef de service ?

Est-ce satisfaisant ? Est-ce suffisant ?

Comment ça se passe pour vos collègues ?

Que vérifie-t-il ? Sur quoi vous laisse-t-il parfaitement autonome ? Recevez-vous des consignes ?

La vie de l'établissement

Pensez-vous que les psychologues sont bien intégrés à la vie de l'établissement ?

Vos demandes/besoins sont-ils pris en compte ? Pourquoi ?

Est-ce lié à votre autonomie ? [Peut-on parler d'une marginalisation comme prix de l'autonomie ? Faites-vous un lien entre le manque de structuration du collectif et la marginalisation des professionnels ?]

Est-ce générateur d'une souffrance au travail ?

Diriez-vous de manière générale qu'il y a une souffrance au travail des psychologues ? Est-elle importante ? A quoi est-elle due ? [des questions éthiques et déontologiques ? un « joug subi par d'autres professionnels y compris ceux ayant une expertise moindre » ? et « un exercice réduit à des prestations techniques » ?]

Pensez-vous que la psychologie à l'hôpital gagnerait à être plus structurée, plus organisée ? Plus institutionnalisée ? [Moins laissées entre les mains des individus ?]

L'expression des psychologues aux instances de l'hôpital

Dans certains établissements, y a-t-il un psychologue au

- CHSCT
- Instances de DMU ?

Cette représentation serait-elle utile ?

Annexe 6 : Grille d'entretien des médecins-chefs de service

1. La place de la santé mentale dans un hôpital en MCO

Y a-t-il assez de psychologues à l'hôpital ?

Notre GH emploie 50 ETPR et 70 psychologues. Ça vous semble peu ? beaucoup ?
Pour vous, quelle place fait-on à la santé mentale dans un établissement de MCO ? identifie-t-on les pathologies mentales comme des pathologies à traiter en priorité dans l'établissement ?

La santé mentale a-t-elle une place suffisante ?

Peut-on dire que la santé mentale reste secondaire dans un établissement en MCO ?
Si l'on parle de santé mentale en hôpital de MCO, pensez-vous d'abord aux psychologues ou d'abord aux psychiatres ?

Finalement, la psychologie est-elle une activité de confort ? de bien-être ? finalement une activité accessoire ?

Que pensez-vous de la formation des psychologues aujourd'hui ?

2. Le type de qualification des psychologues en France

L'appareil de formation des psychologues est critiqué par l'IGAS et la cour de compte : multiplicité des courants théoriques, manque de lisibilité des filières de formation, manque de qualité de certaines formations, degrés divers de scientificité des approches théoriques. Vous en pensez quoi ?

Beaucoup de psychologues se définissent comme « *des spécialistes de l'écoute et de la parole* », la prédominance de la psychanalyse dans les approches théoriques des psychologues à l'hôpital est un fait documenté. Trouvez-vous l'approche psychanalytique adaptée aux besoins de votre service ?

A l'Université du Québec à Montréal (Canada), où la structure de la formation est différente (statistiques, mathématiques...), et l'apprentissage de la pratique plus développé (internat clinique dédié, formations obligatoires aux différentes approches thérapeutiques, travail en supervision médical), les psychologues font partie intégrante du système de santé. ».

Ce système vous semble-t-il préférable au nôtre ?

3. L'intégration du psychologue dans la vie du service

Le psychologue est-il intégré à la vie du service ?

- Un peu intégré ? Très intégré ?
- Est-ce que ça a un impact sur la perception des soins psychologiques ?
- En quelle mesure un psy doit être intégré dans la vie du service ? totalement ?

Trouvez-vous que les équipes soignantes sont suffisamment formées à la particularité des soins psychologiques (pour contribuer à l'adressage) ? Trouvez-vous que les médecins le sont ?

Comment décririez-vous les relations entre médecins et psychologue ?

Entre soignants et psychologue ?

4. L'encadrement des psychologues

Connaissez-vous les textes qui définissent les liens hiérarchiques propres aux psychologues ? [pas d'autorité du cadre de santé, autorité fonctionnelle du chef de service, autorité hiérarchique du DRH ; fixation d'un quotité de temps FIR, suivi de l'utilisation du temps FIR]

Qu'est-ce que cela vous inspire ? Que pensez-vous du temps FIR ?

Quelqu'un suit le temps de travail clinique de votre psychologue (gestime) ? Est-ce un enjeu pour vous ?

Votre psychologue bénéficie-t-il d'un temps FIR ? [il doit être titulaire]

Fixez-vous annuellement la quotité de temps FIR de votre psychologue ?

Faites-vous le point annuellement avec lui sur son utilisation du temps FIR ?

Les autres chefs de service le font-ils d'après vous ?

Ce système est-il optimal ?

Évaluez-vous votre psychologue ? Est-ce confortable ?

Y a-t-il des difficultés managériales particulières liées aux psychologues ? Quelles sont-elles ?

Annexe 7 : Grille d'entretien des cadres de santé

1. La place de la santé mentale dans un hôpital en MCO

Y a-t-il assez de psychologues à l'hôpital ?

Notre GH emploie 50 ETPR et 70 psychologues. Ça vous semble peu ? beaucoup ?

Pour vous, quelle place fait-on à la santé mentale dans un établissement de MCO ? identifie-t-on les pathologies mentales comme des pathologies à traiter en priorité dans l'établissement ?

La santé mentale a-t-elle une place suffisante ?

Peut-on dire que la santé mentale reste secondaire dans un établissement en MCO ?

Si l'on parle de santé mentale en hôpital de MCO, pensez-vous d'abord aux psychologues ou d'abord aux psychiatres ?

Finalement, la psychologie est-elle une activité de confort ? de bien-être ? finalement une activité accessoire ?

Que pensez-vous de la formation des psychologues aujourd'hui ?

2. Les règles juridiques applicables aux psychologues

Connaissez-vous les textes qui définissent les liens hiérarchiques particuliers des psychologues à l'hôpital ?

Savez-vous ce qu'ils impliquent en termes de gestion ?

Pourquoi ces textes ont organisé les choses ainsi ?

Que pensez-vous de ces textes ?

Que faudrait-il changer ?

3. Le temps de travail clinique du psychologue

Vous gérez le gestime de votre psychologue ? Qui le fait ?

Comment ça se passe pour vos collègues d'après vous ?

Ce système est-il optimal ?

Pourriez-vous gérer le temps clinique du psychologue ?

4. Le temps FIR

Quel est l'usage fait par les psychologues de leur temps FIR ?

Est-il suivi ?

Comment est vu ce temps FIR dans les équipes ?

5. L'intégration du psychologue dans la vie du service

Le psychologue est-il intégré à la vie du service ?

- Un peu intégré ? Très intégré ?
 - Comment ça se passe dans les autres services ?
- De quelle façon ?
 - Cela pose-t-il un problème vis-à-vis des équipes ?
 - Ça dépend du statut de psy ou de considérations personnes-dépendantes ?
 - Est-ce que ça a un impact sur la perception des soins psychologiques ?
- En quelle mesure un psy doit être intégré dans la vie du service ? totalement ?

Trouvez-vous que les équipes soignantes sont suffisamment formées à la particularité des soins psychologiques (pour contribuer à l'adressage) ? Trouvez-vous que les médecins le sont ?

Comment décririez-vous les relations entre médecins et psychologue ?

Entre soignants et psychologue ?

Entre cadre et psychologue ?

Entre patients et psychologue ?

Annexe 8 : Grille d'entretien du DRH

1. La place de la santé mentale dans un hôpital en MCO

Y a-t-il assez de psychologues à l'hôpital ?

Notre GH emploie 50 ETPR et 70 psychologues. Ça vous semble peu ? beaucoup ?
Pour vous, quelle place fait-on à la santé mentale dans un établissement de MCO ? identifie-t-on les pathologies mentales comme des pathologies à traiter en priorité dans l'établissement ?

La santé mentale a-t-elle une place suffisante ?

Peut-on dire que la santé mentale reste secondaire dans un établissement en MCO ?
Si l'on parle de santé mentale en hôpital de MCO, pensez-vous d'abord aux psychologues ou d'abord aux psychiatres ?

Finalement, la psychologie est-elle une activité de confort ? de bien-être ? finalement une activité accessoire ?

Que pensez-vous de la formation des psychologues aujourd'hui ?

2. La gestion des psychologues

Que pensez-vous des règles juridiques applicables aux psychologues ?

Diriez-vous qu'il y a un manque d'harmonisation des modalités de gestion quotidienne des psychologues à l'hôpital (gestion du temps clinique, gestion du temps FIR, gestion des congés et absences, gestion des moyens matériels...) ?

Est-ce générateur d'une souffrance au travail ?

Quelles principales difficultés posent les psychologues à un DRH ?

3. Le circuit de recrutement

Comment qualifieriez-vous le circuit de recrutement des psychologues

Sur le GH

A l'AP ?

Est-ce suffisamment institutionnalisé ?

Quels sont les effets produits par cette faible institutionnalisation ?

Comment est mise en œuvre l'obligation de publicité des offres d'emploi publics ?

S'agissant des contractuels ?

S'agissant des titulaires ?

Comment est organisée la titularisation des psychologues ? Diriez-vous que les psychologues ont un plus faible accès à la titularisation que les autres corps ?

4. Comment est défini le circuit dévaluation des psychologues

Sur votre site ?

Ailleurs à l'AP ?

Dans le FPH ?

Est-ce optimal selon vous ?

LUCREZIA	Jean	Date de jury Octobre 2021
Directeur d'hôpital Promotion année 2020 - 2021		
Structurer l'action des psychologues dans un établissement hospitalier de MCO ou SSR		
<p>Résumé :</p> <p>À bien des égards, la place et le rôle des psychologues à l'hôpital restent atypiques aujourd'hui. Située en-dehors de la filière médicale par la nature même de cette discipline, largement organisée en-dehors de la filière des soins, ne relevant pas de la filière administrative ou technique puisqu'elle demeure une activité clinique, la psychologie à l'hôpital est faiblement organisée par les établissements. Ces derniers laissent souvent aux psychologues une marge d'autonomie importante dans l'organisation de leurs activités de soins.</p> <p>De cette autonomie résulte une marginalisation des soins psychologiques et, dans certains cas, un isolement des professionnels de cette discipline, appelant dès lors à une possible intervention des directions d'établissement. Structurer l'action des psychologues à l'hôpital, organiser ce secteur d'activité et définir pour ces agents un circuit de gestion adapté, apparaît dès lors comme un enjeu pour l'établissement : un enjeu pour la qualité générale des soins à l'hôpital, qui bénéficie nécessairement d'une approche interdisciplinaire, mais un enjeu aussi pour les conditions de travail des psychologues eux-mêmes.</p> <p>Un certain nombre d'obstacles, aussi bien juridiques, liés au statut des psychologues, que managériaux, liés à la nature de leurs interventions, à leur identité professionnelle, voire à l'histoire de leur discipline, se dressent face aux possibilités d'organisation de ces activités par les établissements de MCO et de SSR.</p> <p>Après avoir dressé un état des lieux de cette situation, de ses causes et de ses enjeux, le présent mémoire adopte une posture opérationnelle et s'attache à faire le point sur les instruments de structuration existants désormais et l'usage qui peut en être fait au sein des établissements concernés.</p>		
<p>Mots clefs : psychologue ; management ; gestion ; qualité des soins ; conditions de travail</p>		
<p>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</p>		