

POURQUOI LE SNP SOUTIENT-IL LA PROPOSITION D'UN "N+1" PSYCHOLOGUE ?

Aborder la question de la hiérarchie chez les psychologues est une tâche particulièrement délicate, tant le sujet est polémique et passionnel. Bien souvent passée sous silence ou rejetée avec véhémence, il est rare que nous réfléchissions à l'intérêt pratique de cette question.

Les enjeux de pouvoir n'étaient pas nouveaux dans les hôpitaux, mais il faut cependant observer avec quelle acuité la loi HPST de 2009 a bouleversé les rapports de force existants et créé une situation de déséquilibre qui a percuté de plein fouet la profession de psychologue.

Dans le contexte contemporain de la "gouvernance", de la protocolisation et de l'évaluation, la hiérarchisation des pôles médicaux interroge directement l'aversion que les psychologues entretiennent bien souvent à l'égard de la figure du chef.

Loin des expériences de Milgram sur la soumission et du père mort de Totem et Tabou, nous voulons ici expliciter le raisonnement pragmatique qui nous a conduits à proposer une certaine verticalisation du corps des psychologues dans la FPH.

Les constats sur le plan juridique

1/ Le statut des psychologues dans la FPH

Un premier constat juridique s'impose lorsque l'on examine le statut particulier des psychologues dans la FPH (art.2 du décret du 31 janvier 1991) : *aucune mention du rattachement hiérarchique du psychologue n'y figure.*

Au sein même de la fonction publique, ce n'est pourtant pas le cas du décret du 29 février 1996 portant statut des psychologues de la PJJ, qui indique clairement qu'ils exercent leurs fonctions « placés sous l'autorité administrative d'un directeur » (art.2).

Nous avons, dans les hôpitaux publics, pris l'habitude de considérer qu'il en allait de même : le directeur étant bien l'autorité hiérarchique du psychologue, comme de tout agent employé dans son établissement.

Dans les faits cependant, les directeurs d'établissement de santé n'encadrent pas personnellement les psychologues ni les autres agents qu'ils emploient. Il en va de même pour les directeurs des ressources humaines, qui se réfèrent le plus souvent aux cadres paramédicaux et aux médecins.

En l'absence de maillon intermédiaire (dit "N+1") dans le rattachement hiérarchique des psychologues à leur direction administrative, le vide juridique est ainsi fréquemment comblé par la désignation d'un cadre paramédical ou d'un médecin supposé avoir une connaissance plus concrète de la pratique du psychologue.

A titre d'exemple, il est ici utile de citer le cas des assistants socio-éducatifs dans la FPH, dont le statut prévoit que « lorsqu'il n'existe pas de cadre socio-éducatif dans l'établissement, les assistants socio-éducatifs sont placés directement sous l'autorité du directeur » (III de l'art.3 du décret du 4 février 2014).

2/ Les prérogatives des médecins

Le Code de la santé publique (CSP) définit l'autorité des chefs de pôle de la manière suivante (art.L6146-1) : « Le praticien chef d'un pôle (...) organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle (...) dans le respect de la déontologie de chaque praticien (...) ».

En examinant la liste des catégories professionnelles subordonnées à l'autorité du chef de pôle (« médicales, soignantes, administratives et d'encadrement »), nous constatons que les psychologues n'appartiennent pas aux catégories énumérées.

Par conséquent, alors même que les psychologues sont très fréquemment affectés à des pôles médicaux, l'autorité du chef de pôle n'apparaît juridiquement pas légitime à leur égard (cf. à ce sujet l'arrêt de la CAA de Nancy du 22 juin 2006 ; la circulaire DGOS du 30 avril 2012 étant muette à ce sujet).

Quant aux médecins responsables d'unité, ils voient leurs missions définies dans le cadre du « projet de pôle » (art.R6146-9 du CSP). Ce projet est établi par le chef de pôle « sur la base du contrat de pôle » cosigné avec le directeur de l'établissement (art.R6146-8 du CSP).

Le contrat de pôle n'a pas pour vocation de préciser les attributions hiérarchiques des chefs de pôle, dans la mesure où celles-ci sont déjà définies par l'article L6146-1 du CSP (cf. supra).

Le projet de pôle, qui n'est que l'application du contrat de pôle, n'a donc pas non plus pour vocation de définir les compétences hiérarchiques des responsables d'unité. Par conséquent, les missions dévolues aux responsables d'unité ne sont pas de nature hiérarchique.

Bien que la pratique puisse être en contradiction avec ce constat, il résulte de ces observations juridiques qu'aucun médecin, chef de pôle ni responsable d'unité, ne peut exercer d'autorité légitime sur les psychologues, qu'elle soit hiérarchique ou dite "fonctionnelle".

3/ Les missions des cadres et directeurs paramédicaux

Dans la filière paramédicale, les missions des cadres de santé ont été récemment modifiées par le décret du 26 décembre 2012, qui indique qu'ils exercent désormais des fonctions « correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les pôles d'activité clinique et médico-technique » (art.3).

L'article 4 de ce même décret indique par ailleurs que les cadres supérieurs de santé paramédicaux exercent des fonctions « correspondant à leur qualification et consistant à encadrer les cadres des équipes des pôles d'activité clinique et médico-technique ».

Enfin, le décret du 19 avril 2002 (modifié en 2014) indique que les directeurs des soins sont « associé[s] au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins » (art.4).

Nous devons ici constater que la formulation très générale des missions d'encadrement des cadres de santé paramédicaux (ils encadrent « des équipes dans les pôles ») ne permet pas d'emblée d'en exclure les psychologues dès lors qu'ils sont affectés à un pôle médical.

Concernant les missions des directeurs des soins, il faut ici aussi constater que leur fonction très large de « gestion des personnels, autres que médicaux » ne permet pas non plus d'affirmer qu'ils ne seraient pas compétents à l'égard des psychologues.

En revanche, il apparaît clairement que les cadres supérieurs de santé paramédicaux ne peuvent encadrer les psychologues, dans la mesure où ceux-ci n'encadrent pas « les équipes des pôles » sur le plan hiérarchique.

Face au silence du décret statutaire des psychologues de la FPH quant à leur rattachement hiérarchique, le seul rempart juridique contre l'autorité des cadres et directeurs paramédicaux se trouve dans la circulaire DGOS du 30 avril 2012 qui indique que :

« Si la liberté d'organisation des établissements de santé a été clairement inscrite dans la loi HPST, je souhaite (...) rappeler que les cadres, cadres supérieurs de santé ou directeurs des soins ne peuvent assurer d'autorité hiérarchique sur les psychologues hospitaliers compte tenu de la spécificité de leur intervention » (titre 2).

Il s'agit toutefois d'un rempart particulièrement dérisoire et inopérant car : 1/ cette circulaire ne s'impose pas aux établissements qui peuvent décider de ne pas l'appliquer ; 2/ une circulaire ne saurait outrepasser un décret.

4/ Insuffisances de la circulaire DGOS du 30 avril 2012

La circulaire DGOS du 30 avril 2012 n'apporte aucune clarification crédible concernant le rattachement hiérarchique du corps des psychologues dans la FPH. Au contraire, elle véhicule un message erroné pour au moins deux raisons.

D'abord, par son silence sur les compétences d'autorité des médecins, elle laisse entendre qu'il ne serait pas nécessaire de confirmer ou de réfuter leur légitimité vis-à-vis des psychologues. Elle entretient ainsi la confusion qui existe en la matière.

Ensuite, elle affirme la non compétence des cadres et directeurs paramédicaux comme une évidence qui ne nécessiterait pas d'argumentation juridique. Or, cette affirmation est en contradiction avec leurs décrets récemment modifiés.

En l'absence de précision du décret des psychologues de la FPH, la menace d'une mise sous tutelle médicale ou paramédicale de la profession est bien réelle : ***il suffira d'attendre que les nouvelles pratiques d'encadrement des psychologues s'installent.***

Les constats sur le plan institutionnel

Pourtant, ce n'est pas l'inquiétude prédominante chez un certain nombre de nos confrères qui semblent craindre plus que tout l'arrivée d'un "psychologue chef".

1/ L'absence d'autorité légitime

Le silence du décret des psychologues de la FPH sur leur rattachement hiérarchique a pour conséquence un double constat :

- a)** l'absence de "N+1" défini a pour conséquence que tous les chefs sont possibles ;
- b)** il en résulte en même temps qu'aucun chef n'est légitime.

Nous avons là une équation qui, rappelant le paradoxe d'Epiménide le Crétois, devrait faire réfléchir plus d'un spécialiste de l'économie psychique.

Sur le terrain, nous pouvons observer la façon dont l'absence de "N+1" des psychologues a pu être aménagée. Ces différents aménagements se rejoignent autour d'un point commun, que l'on peut définir comme un défaut de compétence ou de légitimité de la figure du chef :

- **Cas n°1** : les psychologues affirment leur rattachement direct au directeur de l'établissement : le problème du "N+1" est dans ce cas évité au profit d'un **chef lointain** que l'on ne voit presque jamais ;

- **Cas n°2** : les psychologues acceptent (superficiellement) la tutelle d'une autre profession, médicale ou paramédicale : l'absence du "N+1" est dans ce cas occultée par la mise en place d'un **chef contestable**, professionnellement et juridiquement ;
- **Cas n°3** : les psychologues s'en remettent à un adjoint d'administration : dans ce cas, l'absence du "N+1" est masquée par le recours à un **chef ignorant** des tenants et aboutissants de la pratique psychologique ;
- **Cas n°4** : les psychologues désignent un groupe collégial : dans ce cas, le fractionnement de la fonction de "N+1" se traduit par la figure d'un **chef impuissant**, entravé par l'indifférenciation des places et la paralysie décisionnelle.

Ces modalités d'évitement du "N+1" des psychologues ne sont pas nouvelles, au contraire. Nous pouvons aujourd'hui en mesurer l'insuffisance dans l'état actuel de précarité généralisée des psychologues dans la FPH.

C'est ce constat objectif de souffrance de notre profession qui nous permet d'affirmer que ces aménagements ont fait leur temps et qu'ils ne sont plus des réponses crédibles face à la fragilisation contemporaine de notre métier.

2/ La phobie du tyran

Lorsque par élimination, nous en arrivons à avancer l'idée scandaleuse mais novatrice qu'un psychologue pourrait occuper la place vide du "N+1" de notre profession, il est remarquable qu'il soit toujours représenté sous la forme d'un tyran.

Le psychologue chef serait nécessairement frustré, avide de pouvoir, froid et impitoyable, ne supportant aucune contradiction. Il aurait la volonté de supprimer l'autonomie des autres psychologues et de leur imposer une pensée unique.

Bien qu'il ne soit pas rare que l'exercice de notre métier soit malmené, il est surprenant de constater que la menace du tyran est vécue avant tout comme un risque interne à la profession, plutôt que comme un danger extérieur.

Lorsque surgit le chiffon rouge du psychologue chef, que font les ténors du symbolique et de la castration, des imagos archaïques et de la projection ?

Dans bien des cas malheureusement, les esprits s'échauffent et les spécialistes de la clinique introspective perdent leur lucidité sur ce qu'il serait convenu d'appeler une *imago collective*, véritable symptôme de la profession.

3/ La marginalisation

Dans un contexte professionnel lui-même hiérarchisé, l'absence de chef ne peut être qu'une illusion fragile et périlleuse. Maintenir cette illusion n'est possible qu'au prix d'un isolement de la vie institutionnelle.

La phobie du tyran prend alors des airs de prophétie autoréalisatrice, où l'évitement du chef pousse à la marginalisation institutionnelle, qui finit par provoquer les foudres de l'administration contre des psychologues qualifiés "d'électrons libres".

C'est ainsi que, lors de notre « Enquête sur les regroupements de psychologues de la FPH » (2011), nous avons relevé que les deux tiers des collectifs de psychologues (lorsqu'ils existaient) n'étaient pas inscrits dans l'architecture organisationnelles des établissements.

De l'intérêt pratique d'un psychologue "N+1"

Au-delà de l'adhésion ou du rejet que peut susciter la proposition du SNP en faveur d'un psychologue "N+1", il est utile d'examiner son intérêt concret dans la pratique de certaines activités telles que le recrutement, l'évaluation et le temps de FIR.

1/ Dans le recrutement

Bien que le recrutement de fonctionnaires soit sensé être la règle (art.3 de la loi du 13 juillet 1983), et la publication des postes vacants une obligation (art.36 de la loi du 9 janvier 1986), plus de 50% des psychologues sont contractuels dans la FPH.

Cette précarisation comporte un bénéfice évident pour l'administration, qui tire profit de la malléabilité du statut de l'agent et réalise une économie sur le plan de la rémunération (pas de grille de carrière définie, d'avancement automatique ni de prime de service).

D'autre part, ce bénéfice coïncide généralement avec le souhait du chef de pôle de maîtriser le choix du candidat recruté, ce qui est possible dans le cadre du contrat de pôle si le psychologue est contractuel (art.R6146-8 du CSP).

Dans une telle configuration, rien ne vient garantir le respect du recrutement prioritaire de fonctionnaires par concours, mutation ou détachement. Nous estimons que ce pourrait être le rôle d'un psychologue "N+1" qui prendrait part au recrutement et à la gestion des postes.

2/ Dans l'évaluation

Que l'on approuve ou non la notion d'évaluation, il s'agit bien d'une obligation dans la FPH, qui s'applique aux fonctionnaires (stagiaires et titulaires) et aux contractuels en CDI.

a) Dans le cas des fonctionnaires, l'arrêté du 6 mai 1959 indique ainsi que « l'autorité ayant pouvoir de nomination attribue annuellement à chaque agent titulaire ou stagiaire (...) une note chiffrée » (art.2).

La notation et l'appréciation sur la valeur professionnelle des fonctionnaires sont établies par le directeur « après avis du ou des supérieurs hiérarchiques directs » (art.65 de la loi du 9 janvier 1986).

L'entretien n'est actuellement pas une obligation dans l'évaluation des fonctionnaires. Le « supérieur hiérarchique » est appelé à fournir au directeur « un avis écrit sur la qualification de l'agent pour chacun des (...) éléments prévus »¹ (art.2 de l'arrêté du 6 mai 1959).

b) Dans le cas des contractuels en CDI, l'article 1-3 du décret du 6 février 1991 indique d'autre part que « les agents employés à durée indéterminée font l'objet d'une évaluation au moins tous les trois ans ». L'évaluateur n'est ici pas défini.

L'évaluation comporte obligatoirement un entretien et donne lieu à un compte-rendu. Elle porte « principalement sur leurs résultats professionnels au regard des objectifs définis conjointement (...) ». Elle peut également être élargie aux besoins de formation.

c) Dans tous les cas, les avis rendus lors de l'évaluation/notation ont des répercussions très concrètes sur la carrière du psychologue (augmentation de salaire, prime de service, renouvellement, titularisation) voire sur sa pratique (objectifs à atteindre).

¹ « 1) connaissances professionnelles ; 2) esprit de collaboration et sens du travail en équipe ; 3) esprit d'initiative et méthode dans le travail ; 4) comportement envers les hospitalisés et les familles ; 5) tenue et présentation ».

Pouvons-nous accepter que des médecins, cadres ou directeurs paramédicaux dictent les conditions dans lesquelles le psychologue est un "bon praticien" ? Pouvons-nous accepter d'être évalués par des médecins que personne n'évalue jamais ?

Nous estimons que seul un psychologue peut avoir une véritable connaissance du métier et apprécier sa valeur d'une façon qui soit adaptée aux conditions particulières de son exercice. Ce pourrait être le rôle d'un psychologue "N+1".

3/ Dans l'exercice de la fonction de FIR

Malgré des contradictions majeures² avec l'autonomie du psychologue établie par le décret du 31 janvier 1991, la circulaire DGOS du 30 avril 2012 veut désormais faire dépendre l'accès au temps de FIR de l'évaluation et d'un « responsable hiérarchique désigné » (titre 2) :

« 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 » et ce « sur la base des objectifs qui auront été arrêtés chaque année ».

En dehors de la politique particulière de chaque établissement, nous n'avons plus aujourd'hui la garantie que tout psychologue puisse exercer sa fonction de FIR dans des conditions adaptées en termes de temps et d'autonomie.

D'après la circulaire DGOS, le contenu du temps de FIR serait en effet supposé se conformer aux attentes du service. Il ne serait donc plus le reflet des besoins du psychologue, dans l'aller-retour nécessaire entre théorie et pratique auprès des patients.

Ce dispositif inadéquat d'aliénation du temps de FIR des psychologues est le résultat de sa mauvaise image dans les établissements, où il se trouve souvent stigmatisé comme un privilège personnel.

Si des abus ont pu exister tant du côté de l'administration que des psychologues, il demeure nécessaire (in fine, dans l'intérêt des patients) que les conditions d'exercice de la fonction de FIR soient mieux comprises et garanties. Ce pourrait être le rôle d'un "N+1" psychologue.

Pourquoi et comment la DGOS censure-t-elle la proposition du SNP ?

Pour clore notre argumentation, nous voulons attirer l'attention sur un dernier aspect du problème du "N+1" des psychologues : le discours actuel de la DGOS (ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes).

1/ Un discours factice de tolérance

Lieu habituel de l'autorité, la DGOS tient pourtant un discours tout à fait particulier à l'adresse des psychologues : elle ne voudrait rien nous imposer. Une telle attitude, si elle était sincère, ne manquerait pas de faire de nous une profession très privilégiée.

Nous savons pourtant qu'il n'en est rien, bien au contraire : plus de 20 ans après la parution du décret du 31 janvier 1991, nous nous questionnons toujours sur la pérennité de notre place dans les établissements de santé.

² Cf. en ligne sur ce sujet : « Fonction et temps de FIR des psychologues dans la FPH, définition et problèmes » (Commission FPH du SNP, février 2014).

2/ Un comité de suivi partiel et partial

C'était initialement pour consolider notre inscription institutionnelle dans la FPH que la DGOS a ouvert en 2012 une expérimentation sur la structuration de notre profession, en s'appuyant sur les travaux réalisés par le SNP dans le domaine.

Mais il faut noter que le suivi de cette expérimentation a depuis été restreint aux centrales syndicales du CSFPH, parmi lesquelles une majorité est officiellement opposée à une véritable structuration et parfois ne compte pas de psychologue dans ses élus.

Ce choix non démocratique, justifié par des arguments fumeux et malheureusement défendu par certaines centrales syndicales, a conduit à l'exclusion du SNP qui était le seul à soutenir le projet original d'expérimenter le positionnement d'un psychologue "N+1".

C'est ainsi que dans sa composition actuelle, le comité de suivi n'a pas d'autre ambition que de constater l'attachement des psychologues à leur forme de regroupement habituelle mais insuffisante que sont les collègues.

Aucun changement n'apparaît en perspective. Et ce d'autant plus que la DGOS n'a prévu aucun dispositif pédagogique d'accompagnement à l'élaboration des projets de psychologie dans les établissements de santé.

3/ Une pente naturelle vers la "paramédicalisation"

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la DGOS ne soutient pas la proposition d'un "N+1" psychologue : au contraire, elle nous a clairement indiqué en 2013 qu'elle estimait « qu'un médecin sympathique ferait bien l'affaire ».

Cette volonté officieuse de tutelle médicale sur les psychologues a été dénoncée encore récemment par une délégation de l'UNSA (cf. communiqués en ligne). Elle est aussi latente dans la circulaire du 30 avril 2012, qui favorise implicitement la hiérarchie médicale des pôles.

La DGOS se sert du refus de la profession vis-à-vis d'un statut paramédical pour affirmer que ce sont les psychologues qui refusent de résoudre les problématiques liées à leur position dans les établissements de santé. Elle ne propose aucune alternative.

La stratégie de la DGOS est simple : elle mise sur une stagnation de notre métier. En effet, dans le contexte actuel de progression des métiers paramédicaux (grades master et futurs infirmiers cliniciens), il suffira d'attendre que les psychologues soient peu à peu absorbés dans le mouvement de hiérarchisation des pôles médicaux.

C'est ainsi que la peur du chef maintient les psychologues dans un flou qui les dessert. Pourtant, les tensions voire les conflits ne sont pas rares sur le terrain. Mais il est vrai que les psychologues, précaires, vont rarement jusqu'au contentieux.

Conclusion

Nous avons décrit ici les enjeux juridiques, institutionnels et syndicaux qui pèsent sur le devenir des psychologues dans la FPH. En l'absence de véritable projet novateur pour notre profession, l'avenir nous apparaît aujourd'hui compromis.

Notre proposition d'un "N+1" psychologue n'est pas une idéologie, mais le résultat d'une analyse pragmatique. Notre espoir est seulement que les arguments que nous avons ici exposés puissent servir à un véritable débat nécessaire pour l'évolution de notre profession en France.