



Etablissement Public de Santé Mentale Morbihan
Collège des psychologues

Projet Psychologique

2019-2022

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues »¹

¹ préambule du code de déontologie des psychologues, version février 2012

Préambule

En 2017, soutenu par la Direction, notre Collège des psychologues s'est engagé dans ce travail de formalisation d'un projet psychologique tel qu'édicté par la loi Santé de 2016.

Ce fut une expérience riche, novatrice, et dense en rencontres institutionnelles. Dans un souci constant d'articulation, nous avons en effet souhaité croiser nos participations dans les groupes de travail des axes du PPP, dans un groupe de travail autour du Projet Psychologique, au Collège des psychologues, au sein des pôles et intersecteurs, et dans des échanges réguliers avec l'équipe de Direction.

Des projets psychologiques de pôle et d'intersecteur sont déjà nés, d'autres viendront. L'ensemble de ces échanges a fortement dynamisé nos réunions de Collège, et nous souhaitons vivement que nos propositions fassent perdurer cette dynamique.

Table des matières

Préambule	3
Table des matières	4
Introduction	7
I. LES PSYCHOLOGUES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	8
1. Protection du titre de psychologue - loi du 25 juillet 1985 - article 44	9
2. Code de déontologie des psychologues.....	9
3. Répertoire des métiers de la fph-2005.....	9
4. Numéro Adeli 2 : inscription obligatoire auprès de l'ARS	9
5. Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la FPH	10
6. Circulaire du 30 avril 2012.....	10
7. Les liens hiérarchiques des psychologues de la fonction publique hospitalière .	10
II. FONCTION CLINIQUE AUPRES DES PATIENTS	11
1. Les lieux d'intervention des psychologues	13
2. Les demandes de prise en charge	13
3. Les types de prise en charge.....	14
4. Nos projets	16
III. FONCTION CLINIQUE INSTITUTIONNELLE	17
1. Dans le cadre des structures du pôle.....	19
2. Dans le cadre de l'établissement.....	19
3. Travail de réseau	20
4. Nos projets	20
IV. FONCTION F.I.R.....	22
1. Origine.....	24
2. Cadre statutaire	24
3. Contenu de la fonction FIR	24
4. Autonomie.....	25

5. Le temps	25
6. Le lieu	25
7. La Conférence du Collège des psychologues	25
8. Participation au « tutorat » pour l'accompagnement des nouveaux infirmiers en psychiatrie.....	26
9. Nos projets FIR	26
V. PROPOSITIONS EN LIEN AVEC LE PPP	27
Préalables	28
1. Orientation stratégique 1 : Favoriser la prévention, l'intervention et le dépistage précoce.	29
L'accès direct aux psychologues :	29
Liens périnatalité/pédopsychiatrie/psychiatrie adulte	29
Unité thérapeutique parents-bébé, unité de soins ambulatoires parents bébé, et staff périnatalité.	29
Favoriser l'intervention précoce dans les troubles psychotiques débutants :	30
Fluidité des parcours au sein des CPEA :	31
Transition vers l'âge adulte.....	31
2. Orientation stratégique 2 : favoriser les prises en charge en ambulatoire par la limitation du recours à l'hospitalisation complète et fluidifier les parcours d'admission en hospitalisation complète.....	32
Liens intra/extra :	32
3. Orientation stratégique 3 : favoriser l'accès des patients à des parcours de santé et de vie de qualité	32
Favoriser le partenariat et les liens entre l'intra et les EMS.....	32
4 Orientation stratégique 4 : favoriser l'accès aux prises en charge spécialisées et garantir l'accès aux soins des populations spécifiques.....	33
Projet de Prise en charge des personnes placées sous main de justice	34
Participation à la prise en charge de la population migrante :	35
Fluidifier la prise en charge des familles dans les situations post-traumatiques :	35
5. Orientation stratégique 5 : favoriser l'accès aux techniques innovantes et rendre le patient acteur de son parcours	36
Création d'une testothèque	36
VI. PROJET DE « L'ART A L'EPSM »	37
ANNEXES	39
Annexe 1 : Loi de santé L 6143-2	40
Annexe 2 : Code de déontologie des psychologues.....	41

Annexe 3 : Fiche métier	47
Annexe 4 : Décret du 31 janvier 1991	50
Annexe 5 : Circulaire du 30 avril 2012.....	56
Annexe 6 : Lieux d'intervention des psychologues par pôle	60
Annexe 7 : Répartition des psychologues par dispositifs	65
Annexe 8 : Prises en charge groupales co-animées par les psychologues sur l'établissement.....	74
Annexe 9 : Liste des Représentants du Collège des psychologues aux commissions de l'établissement.....	78
Annexe 10 : Rappel du cadre légal des soins pénalement ordonnés.....	79
Annexe 11 : La réhabilitation psychosociale.....	82

Introduction

Tel que défini par la loi L6143-2² et en conformité avec les circulaires DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 et DGOS/RH4/2012/396 du 26 novembre 2012, le projet de psychologie vise une prise en compte des aspects psychologiques et enjeux psychiques dans la prise en charge du patient. Il se construit en cohérence avec le projet de l'établissement, le projet médical, et le projet social. Dans notre établissement, il découle du Projet de Prise en charge du Patient de l'EPSM56, et en constitue un volet.

Le psychologue fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et participe, avec elle, à la prise en charge thérapeutique du patient. N'étant pas un professionnel de santé - au sens de l'article L.416-1 du Code de la Santé Publique - le psychologue occupe une place particulière au sein de l'hôpital ; le projet psychologique est l'occasion d'en préciser les contours en définissant les missions du psychologue dans l'institution. Celles-ci se déclinent autour de trois fonctions – clinique, clinique institutionnelle, et FIR (formation information recherche) – que nous nous attacherons à définir et autour desquelles ce projet se déclinera.

² Annexe 1

I. LES PSYCHOLOGUES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Le métier de psychologue est défini et encadré par divers textes, fondateurs de notre profession.

1. Protection du titre de psychologue - loi du 25 juillet 1985 - article 44

L'usage professionnel du titre de psychologue, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie préparant à la vie professionnelle et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'État ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent aux diplômes nationaux exigés.

Tout psychologue a donc suivi une formation universitaire complète de cinq années au moins et obtenu une licence et un DESS ou un MASTER 2 en psychologie.

2. Code de déontologie des psychologues³

Ecrit initialement en mars 1996 et réactualisé en 2012, le Code de déontologie des psychologues définit le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique comme relevant d'un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

Ce Code de déontologie n'a pas de valeur légale mais il est destiné à servir de règle professionnelle aux détenteurs du titre de psychologue, quels que soient leurs modes d'exercice, leurs cadres professionnels, ou leurs activités d'enseignement et de recherche.

3. Répertoire des métiers de la fph-2005⁴

Selon sa fiche métier, « le psychologue, en articulation avec l'ensemble de l'équipe pluri-disciplinaire, conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre, en prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité ».

Ce répertoire décline les diverses activités et savoir-faire du psychologue.

4. Numéro Adeli 2 : inscription obligatoire auprès de l'ARS

La circulaire prévoit une liste exhaustive des diplômes permettant l'enregistrement des psychologues dans ADEL12 (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Chaque psychologue, comme les professions médicales et les auxiliaires médicaux, doit faire enregistrer ses diplômes auprès de l'ARS. Cela protège contre l'exercice illégal de la profession (peines prévues à l'article 259 du Code Pénal).

³ Annexe 2

⁴ Annexe 3

5. Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la FPH⁵

Ce décret définit de manière générale les missions du psychologue dans ses trois fonctions - cliniques, institutionnelles et de recherche - et pose le cadre statutaire de la profession.

6. Circulaire du 30 avril 2012⁶

Cette circulaire définit de manière plus fine les fonctions du psychologue, elle introduit aussi une dimension administrative et conforte les initiatives de structuration de la profession au sein des établissements.

7. Les liens hiérarchiques des psychologues de la fonction publique hospitalière

Le psychologue est en liaison fonctionnelle avec son responsable de service, il est tenu de s'inscrire dans le cadre du projet de service, en fonction de sa qualification et de sa déontologie.

Ses liens hiérarchiques se font avec le Directeur Général de l'hôpital, et par délégation avec le Directeur des Ressources Humaines.

Au sein de notre établissement, il est d'usage que le Médecin Chef de pôle rencontre le psychologue pour son évaluation, en vue de l'établissement de la notation annuelle ; cette mission est parfois déléguée au médecin responsable de structure interne.

⁵ Annexe 4

⁶ Annexe 5

II. FONCTION CLINIQUE AUPRES DES PATIENTS

« Faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique »

La prise en compte du psychisme en tant que tel constitue la spécificité du travail du psychologue : « *La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte* »⁷.

Le psychologue se réfère à son code de déontologie qui lui offre des repères éthiques indispensables à sa fonction, il s'engage dans le soin à partir d'une orientation théorique de son choix, précisons que « *La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ses techniques* »⁷.

1. Les lieux d'intervention des psychologues

En 2019, 51 psychologues interviennent au sein de l'EPSM :

- 8 dans le pôle 1,
- 13 dans le pôle 2,
- 9 dans le pôle 3,
- 4 dans le pôle médico-social,
- 19 dans le pôle de pédopsychiatrie.

Principalement affectés par pôle, les temps de psychologues se répartissent ensuite dans les services d'hospitalisation complète et de jour, dans les CMP et CMPS, et les intersecteurs.

Attachés à la notion de secteur, les psychologues assurent au mieux la continuité des soins entre l'intra et l'extra-hospitalier.

Repérables dans l'annuaire général de l'EPSM Morbihan, nos affectations sont également répertoriées dans deux documents jusqu'alors internes au Collège des psychologues : « lieux d'intervention des psychologues par pôle »⁸ et « répartition des psychologues par dispositif »⁹.

2. Les demandes de prise en charge

Les prises en charge par un psychologue font suite à des demandes émanant :

- du patient et/ou de sa famille
- du médecin psychiatre ou pédopsychiatre
- des équipes pluriprofessionnelles des différentes structures du secteur
- des collègues psychologues
- des différents services de l'EPSM (CEPRA, USIP, CPEA...)
- de l'ensemble du réseau : libéral (médecin traitant), hospitalier (CHBA), social, scolaire, médicosocial et de prévention (Médecins/psychologues scolaires, Médecins de PMI, CMS, Sauvegarde56 ou ASE, PAEJ, MDA etc)

⁷ Cf code de déontologie des psychologues, version février 2012

⁸ Annexe 6

⁹ Annexe 7

En fonction du service, les demandes sont examinées en staff pluridisciplinaire d'orientation.

Les protocoles de prise en charge mis en place dans les différentes structures permettent de moins en moins aux demandes directes de suivi psychologique d'aboutir, ce qui va à l'encontre du principe 1 du Code de déontologie qui dit que dans le cadre du « respect des droits de la personne, il favorise l'accès direct et libre de toute personne au psychologue de son choix ».

3. Les types de prise en charge

Les psychologues prennent en charge individuellement ou collectivement des patients et leur entourage selon différentes approches thérapeutiques (psycho-dynamique, psycho-corporelle, analytique, systémique, cognitivo-comportementale, art-thérapeutique, neuropsychologique, éthnopsychiatrique...).

Le psychologue a le souci permanent d'adapter et de créer ses outils thérapeutiques pour répondre au mieux à la demande et aux besoins des patients qu'il rencontre, en articulation avec le projet de soin institutionnel.

Prises en charge individuelles

- Entretiens d'aide au diagnostic, à l'orientation, dans le cadre des hospitalisations
- Permanence d'accueil de la parole dans les unités d'hospitalisation sans prise préalable de RV
- Consultations psycho-traumatiques, CUMP (cellule d'urgences médico-psychologiques)
- Entretiens de suivi
- Bilans psychologiques : à visée d'aide au diagnostic, ils permettent une évaluation du développement psycho-affectif, des processus projectifs, cognitifs, émotionnels, comportementaux...

Les outils utilisés sont multiples (tests, échelles, questionnaires, entretiens...), et leur utilisation relève spécifiquement de la formation du psychologue et donc de sa responsabilité. Le recours aux outils permet de médiatiser la relation, afin d'affiner le projet de soins individualisé du patient.

- Psychothérapies : Elles visent à aider le patient, adulte ou enfant, à mettre du sens sur ce qui lui arrive, à mettre des mots sur sa souffrance, à engager un remaniement psychique, à tendre vers un équilibre psychique et relationnel.

Les modalités de psychothérapies sont définies entre le patient et le psychologue qui tient avant tout compte de la singularité du patient et de sa problématique.

Prises en charge de couple et Prises en charge familiales

En pédopsychiatrie, les prises en charge familiales sont inhérentes au soin du fait de la situation - la demande de soin étant portée par la famille de l'enfant. La question de la demande de prise en compte des difficultés doit être donc travaillée à un double niveau, celui du patient et celui de sa famille. Les prises en charge consistent en des accompagnements familiaux, des soutiens à la parentalité, des entretiens de suivi ou de thérapie familiale, dans chaque unité de soin, en lien ou non avec la cellule systémique de thérapie familiale organisée au sein du pôle de pédopsychiatrie.

En psychiatrie adulte, il y a aussi lieu de distinguer les entretiens familiaux, ou de couple, de la thérapie familiale, ou de couple. Dans le premier cas, ils peuvent avoir lieu avec le psychologue dans la situation d'hospitalisation complète, d'hôpital de jour, ou de CMP. L'indication a lieu à partir de l'unité de soin (CEPRA par exemple), ou à partir d'un suivi individuel engagé. Pour la thérapie familiale, la demande peut émerger de staffs pluridisciplinaires en CMP, elle peut être indiquée à partir de suivis d'autres professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...) Elle peut s'effectuer en co-thérapie avec un autre professionnel. Certaines demandes débouchent sur des thérapies de couple. La thérapie peut être d'orientation systémique ou analytique.

La thérapie familiale requiert la validation d'une formation spécifique à « la thérapie familiale systémique », ou en « thérapie familiale analytique » et se conçoit dans un cadre nécessitant un travail en co-intervention avec des personnes formées également à cette spécificité. A l'heure actuelle, la psychiatrie adulte ne bénéficie pas d'un dispositif constitué de thérapie familiale, ni systémique, ni analytique.

Il est souhaitable que soient réalisables des thérapies en binôme au-delà de la limite administrative des pôles, par exemple pour une famille dont les membres seraient suivis à la fois en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte.

Prises en charge groupales

Le groupe peut s'adresser directement au patient, mais aussi à sa famille et aux aidants.

Les ateliers thérapeutiques de groupe sont généralement pensés en réunion clinique pluriprofessionnelle, où l'on définit des modalités et objectifs en lien avec les projets de soin des patients. Une pensée clinique préexiste donc à la constitution du groupe, et le psychologue, lorsqu'il y participe, soutient deux niveaux de réflexion : il s'agit en effet d'une part de soutenir la singularité des patients et le bénéfice individuel à participer à une dynamique groupale, et d'autre part de penser la fonction contenant du groupe, sa fonction phorique, son cadre thérapeutique et le sens du médiateur, lesquelles offrent des repères spatiotemporels, une rythmicité, une permanence, un contenant aux corps et aux pensées, et ainsi une possibilité de subjectivation et de lien à l'autre.

Les psychologues peuvent donc intervenir à divers niveaux des prises en charge groupales :

- en amont pour aider à penser le dispositif en équipe, et auprès du patient (et le cas échéant sa famille) pour travailler sa future inscription dans le groupe,

- en tant que co-thérapeute, dans une collaboration pluriprofessionnelle, ou en fonction de formations spécifiques suivies (psychodrame, photolangage, groupe d'écriture, jeux dramatique, groupe conte, remédiation cognitive...) Nous participons ainsi à une soixantaine de groupe, la plupart hebdomadaires, sur l'ensemble de l'EPSM Morbihan¹⁰.

- en tant que tiers extérieur au groupe pour une analyse des pratiques, ou plus simplement par sa participation aux temps de reprise de groupe en équipe.

¹⁰Annexe 8

4. Nos projets

Nos projets cliniques s'inscrivent dans la dynamique impulsée par le Projet de Prise en charge du Patient, ils sont le fruit de nos échanges en Collège mais aussi de nos participations aux divers groupes de travail du PPP, et font l'objet d'un développement particulier en partie V.

III. FONCTION CLINIQUE INSTITUTIONNELLE

« Penser le lieu, c'est le panser »

Tel que le définit sa fiche métier¹¹, le psychologue assure une mission clinique institutionnelle :

- D'accueil, d'encadrement et de formation des étudiants et des stagiaires.
- D'intervention auprès d'équipes pluri-professionnelles internes ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle).
- D'élaboration d'un projet psychologique de pôle et d'établissement.
- De contribution au projet de pôle et au projet d'établissement.

C'est en articulation avec la mission clinique que la clinique institutionnelle prend tout son sens, en effet, il s'agit de participer à la réflexion institutionnelle, en faire une analyse, afin de lutter contre les effets pathogènes de l'institution elle-même, et de soutenir sa fonction contenante.

Penser le lieu, c'est le penser pour tenter d'assurer les conditions d'un accueil optimal pour les patients. L'hôpital psychiatrique n'est pas seulement un ensemble de murs, il constitue le lieu support de l'expression de la psychopathologie des patients et doit à ce titre faire l'objet d'une analyse permanente de la part des soignants.

Le psychologue est attentif et favorise les liens au sein de l'institution tant entre les soignants qu'entre soignants/soignés.

1. Dans le cadre des structures du pôle

Les psychologues participent aux :

- staffs
- synthèses
- réunions de fonctionnement
- groupes de travail
- réunions cliniques
- groupes d'analyse de pratiques
- réunions de structures internes
- réunions de pôle
- commissions d'admissions (dans les EMS)
- réunions de psychologues intra-pôle

2. Dans le cadre de l'établissement

Les psychologues participent:

- aux conseils de pôle
- aux instances institutionnelles¹² : commission et consultation éthique, comité violence, commission qualité, réunion d'encadrement...
- au Collège des psychologues aussi décliné en divers sous-groupes de travail :
 - groupe d'élaboration du projet psychologique d'établissement,
 - groupe projet « de l'art à l'Epsm »

¹¹ Annexe 3

¹² Liste des représentants psychologues participant aux diverses commissions

- groupe de travail en lien avec les RH
- groupe d'organisation de la conférence annuelle du Collège des psychologues,
- aux APP / EPP
- à l'Accueil et au suivi des stagiaires psychologues.

3. Travail de réseau

Le lien au réseau consiste en un travail de coordination avec les différents partenaires dans le respect du secret professionnel :

- professionnels de la santé : structures hospitalières, médecins traitants, PMI, Médecine scolaire, réseau libéral...
- divers partenaires : sociaux, scolaires, éducatifs, judiciaires, pénitentiaires, tutélaires, médico-sociaux, culturels... : PAEJ, Sauvegarde 56, EMIA 56, France victime 56, Périnatalité 56, Pates au beurre, Amisep, CMS, GEM, Centres Culturels, Missions locales, Planning familial, PMI, CRIP, tribunal, tutelles, et l'ensemble des Etablissements Médico Sociaux...

4. Nos projets

- Réfléchir à une amélioration de la structuration du Collège :
 - Mise à jour et formalisation des missions du collège (question de l'appui aux nouveaux psychologues arrivant, appui face à des questions statutaires et/ou institutionnelles)
 - Structuration des réunions : ordres du jour, procédure de vote et d'appel au vote,
 - Ouverture d'espaces cliniques,
 - Constitution de sous groupes thématiques
 - Information sur les Droits des patients en lien avec l'offre de soins et les AS

Création d'un temps dédié pour le bureau (0.1 ETP pour la coordination, 0.05 ETP pour le temps de secrétariat et le temps de suppléance)
- Travail en lien avec la formation continue :
 - Autour de la question des stagiaires (traitement des candidatures, dates butoirs ? spécificité/ attentes des pôles),
 - Autour de la question des formations (mise à disposition d'un répertoire enrichi de nos expériences de formations, recensement de nos formations reçues, données), supervisions,
- Lien aux Assistantes Sociales, et travail commun autour de sujets communs, et notamment autour de la question du signalement
- Formaliser les liens au réseau,
 - Recenser nos divers partenaires, et partager nos annuaires ressources,
 - Poursuivre l'organisation de rencontres avec le réseau lors des réunions du Collège

- Mettre en relief le sens que peut prendre le maillage inter-institutionnel dans la PEC des patients
- Prévoir des liens structurés avec la nouvelle commission communication.

- Volet administratif :

La circulaire de 2012 introduit la notion de volet administratif et le définit comme suit :

« Participation au recrutement : participation avec les DRH à l'analyse des besoins en recrutement, participation à l'élaboration des fiches de poste, participation à des jurys de concours.

Participation à la procédure de notation : mise au point en lien avec les DRH d'une grille de lecture de la fiche institutionnelle d'évaluation adaptée à la profession. »

-Poursuite du travail de lien avec la DRH autour de ces questions pour permettre une participation à la rédaction des fiches de poste, une participation au recrutement (analyse des besoins, entretiens, jurys de concours), et une participation à la procédure de notation avec mise au point d'une grille de lecture pour les entretiens professionnels.

-Travailler autour de la question du Bilan d'activité, par pôle ? Au niveau du Collège ?

IV. FONCTION F.I.R.

« Les psychologues « entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherche et formation que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action ».¹³

¹³ Art 2 du décret du 31 janvier 1991

1. Origine

A la création des premiers postes de psychologues (1960-70) la discussion avec le ministère porte sur la question de la référence statutaire à prendre en compte. C'est le modèle des CAPESiens qui sera retenu.

Dès 1971, les psychologues ont été assimilés aux professeurs certifiés en ce qui concerne leur statut et leur grille indiciaire. Le temps de préparation et le temps de travail d'élaboration théorique et personnelle des psychologues furent ainsi d'emblée reconnus.

Dans les disciplines des sciences humaines, la recherche se nourrit du terrain et réciproquement. Il n'est pas possible de conduire des psychothérapies, des groupes d'analyse des pratiques professionnelles, des tutorats de stagiaires, des actions de formation sans ce travail d'élaboration à la fois sur les plans théorique, méthodologique et personnel.

2. Cadre statutaire

Il est défini par l'article 2 du décret n°91-129 du 31 janvier 1991 et la circulaire DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012¹⁴, nous nous référerons principalement aux dispositions statutaires du décret qui prédominent sur celles de la circulaire- quoique plus récente.

La fonction FIR repose sur l'alinéa 3 de l'article 2 du Décret 91-129, qui stipule que les psychologues de la FPH « *entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action* », et ce sans restriction.

Les termes de l'alinéa 3 permettent de définir : le contenu – l'autonomie – le temps – le lieu.

3. Contenu de la fonction FIR

Le D91-129 indique que la fonction FIR, qui concerne aussi bien les titulaires que les psychologues contractuels sur « emploi permanent », et renvoie à 3 types d'activités :

- LES TRAVAUX : « Un travail d'évaluation prenant en compte la dimension personnelle des psychologues effectué par évaluation mutuelle ou toute autre méthode spécifique, l'actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique »
- LES RECHERCHES : « Participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche »
- LA FORMATION : « le psychologue peut participer et collaborer à des actions de formation, notamment auprès des personnels des établissements visés à l'article 2 du titre IV et auprès des écoles ou centres de formation qui y sont rattachés. »

¹⁴ Annexes 4 et 5

4. Autonomie

Les termes de l'article 2 du D91-129 indiquent clairement que le contenu et la méthode de la fonction FIR sont à la seule appréciation du psychologue qui les choisit en toute autonomie. La formulation de l'article 2 du D91-121 place l'activité des Travaux/Recherche/Formation des psychologues sur le même plan que leurs missions cliniques et institutionnelles (alinéas 1 à 3). Les Travaux Recherches et Formations des psychologues sont une composante intrinsèque de l'exercice de leur métier.

5. Le temps

Historiquement, la répartition des fonctions se fait sur la base de 2/3 du temps de travail consacrés aux fonctions cliniques et institutionnelles, et 1/3 à la fonction FIR, pour les titulaires comme pour les contractuels.

La circulaire de 2012 fait du 1/3 temps un plafond. Elle précise également que la fonction FIR doit être organisée « *en cohérence et complémentarité avec les besoins du service* » et que chaque psychologue rend compte individuellement chaque année de l'utilisation de ce temps et de « *son apport pour sa pratique* » à son responsable hiérarchique.

6. Le lieu

Les activités de travaux, recherches et formations ne peuvent pas toutes être exercées sur le lieu de travail (ressources documentaires, séances de supervision, groupe de formation etc...), c'est pour cela que la circulaire de 2012 indique que « *les psychologues doivent bénéficier de toutes les facilités pour exercer leur fonction FIR, avec ordre de mission annuel de l'établissement si nécessaire* »

7. La Conférence du Collège des psychologues

Elle est organisée par les psychologues de l'établissement depuis maintenant une douzaine d'années au sein de l'EPSM du Morbihan. Tous les hôpitaux n'ont pas nécessairement de Collège des psychologues et nous sommes parfois sollicités par des collègues d'hôpitaux extérieurs intéressés par ce volet clinique et institutionnel au sein duquel se déploient nos axes de recherches.

Notre temps FIR (formation, information, recherche) nous permet notamment de coordonner en direction de cette conférence différents groupes de travail pluri-professionnels. En effet, ce lieu rassemble différents professionnels de l'EPSM (psychologues, médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychomotriciens, orthophonistes, cadres de santé,...) et se veut représentatif des axes de recherche que nous conduisons en lien avec l'actualité de nos pratiques en Institution. Chaque année des professionnels d'autres établissements rejoignent nos groupes de travail et participent à la Conférence.

Ce lieu est un espace de transmission qui témoigne de l'essentiel du travail en équipe, du travail réseau, et de l'importance de l'actualisation de nos pratiques professionnelles.

Le nombre de places étant limité (environ 100 places), nous publions chaque année en intra-hospitalier sous la rubrique intranet et documentation des actes écrits de la Conférence, rassemblant les travaux (bibliographies à l'appui) présentés lors de cette journée. Des exemplaires papiers sont consultables à la bibliothèque médicale ; ils sont imprimés et reliés à

l'imprimerie de l'EPSM. En amont de la Conférence, des flyers et affiches sont réalisés par nos soins et diffusés dans chaque service de l'établissement. Ils sont imprimés également à l'imprimerie.

Cette journée de Conférence promeut des valeurs fortes de notre profession : transmission, recherche, travail d'équipe, travail réseau, publication. Cette Conférence s'enrichit chaque année d'un réseau de travail toujours plus étendu et représentatif de notre travail en Institution

8. Participation au « tutorat » pour l'accompagnement des nouveaux infirmiers en psychiatrie

L'accompagnement est prévu pour une année, à raison d'une rencontre par mois. Pour chaque journée, la matinée se concentre autour d'une formation théorico-clinique (conférences et TD sur des thématiques variées) assurée par 3 psychologues, 2 cadres de santé et 1 médecin. L'après midi, des groupes tutorat sont constitués et animés par des binômes psychologue-infirmier autour des sujets qui ont été abordés le matin.

Ces échanges permettent aux nouveaux infirmiers de mettre des mots sur leurs pratiques soignantes : « mise en mots, mise en parole, mise en pensée ». Avoir des modèles parlants permet de donner du sens à ce que l'on voit, à ce que l'on fait pour éviter l'écueil de la reproduction vide, de la répétition sourde qui crée un véritable court circuit de la pensée. Il s'agit non pas d'apprendre à imiter, reproduire ou s'identifier mais à prendre du recul, à produire ses repères et se découvrir dans la différence. Dans ce temps « Tutorat » nous effectuons aussi des visites dans les services fréquentés par les infirmiers mais pas seulement, ouvrant ainsi vers les structures intra et extra hospitalières mais également vers les partenaires de l'EPSM ; ces établissements et structures participant aussi aux soins de nos patients comme à la richesse expérientielle des soignants. Chaque sous groupe de tutorat a la possibilité d'utiliser les outils et les supports qu'il souhaite. Une bibliographie est proposée et partagée avec le groupe. Le recentrage sur la clinique infirmière nous semble primordial. Les échanges sont riches et ils amènent chacun à se resituer face aux patients mais également face à l'institution. Il s'agit également de faire émerger le sens de la clinique partagée. En développant la capacité d'analyse réflexive, ce sont les représentations, les valeurs et les pratiques professionnelles qui évoluent.

9. Nos projets FIR

En lien avec l'Orientation stratégique 5 objectif 2

Recensement des diverses formations suivies par les psychologues à titre informatif afin de répertorier nos compétences spécifiques

Recensement des diverses formations proposées par les psychologues de l'EPSM au bénéfice de l'établissement

Mise en valeur des travaux des psychologues de l'EPSM par le recensement des articles, travaux de recherches, conférences, séminaires, etc dont les psychologues de l'Epsm sont auteurs.

V. PROPOSITIONS EN LIEN AVEC LE PPP

Des préalables doivent être définis à ce moment de notre projet.

Rappelons que l'avis du psychologue dans l'orientation thérapeutique peut intervenir dès l'entrée dans le dispositif de soin, ce peut être en première intention.

Rappelons également que selon les termes du Décret du 31 janvier 1991, « *les psychologues exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et moyens contribuant à la réalisation d'interventions préventives et curatives, assurées par les établissements* ». Cela suppose qu'ils collaborent aux projets thérapeutiques cliniques des structures de soin, et aux projets institutionnels. Or, la collaboration avec les autres membres de l'équipe pluri-professionnelle repose sur l'existence de réunions cliniques et institutionnelles indispensables à la prise en charge du patient et à la cohérence de son parcours de soin. La place, le rôle, et la fonction du psychologue, ne sont pas forcément les mêmes selon les pôles, les structures, la population accueillie, ils sont à définir dans un lien étroit entre le psychologue et les équipes concernées.

La réflexion institutionnelle, qui permet une croisée des regards sur le fonctionnement, et un enrichissement des perspectives d'évolution, constitue les conditions d'un bon accueil des patients et d'un soin préservé des effets iatrogènes de l'institution.

Nos trois fonctions –clinique, institutionnelle et FIR - sont intrinsèquement liées et l'institution doit être garante de l'ensemble des conditions de leur mise en œuvre.

Précisons enfin que la mise en œuvre de chacune des propositions à suivre se fera en tenant compte de chacun des principes suivants :

- selon le respect du secret professionnel et du droit des patients
- sous réserve d'accord des patients en amont d'éventuels liens
- dans le respect des liaisons fonctionnelles et hiérarchiques
- dans une perspective clinique, en favorisant des liens institutionnels interdisciplinaires

1. Orientation stratégique 1 : Favoriser la prévention, l'intervention et le dépistage précoce.

L'accès direct aux psychologues :

Orientation stratégique 1 – objectif 1

-Lorsqu'un psychologue de pédopsychiatrie a évalué la nécessité pour un parent demandeur d'être lui-même accompagné par un psychologue en CMPS.

-Et inversement lorsqu'un psychologue de psychiatrie adulte a évalué la nécessité pour un enfant demandeur d'être lui-même accompagné par un psychologue en CPEA, un lien direct entre psychologues est fait et un accès direct organisé, dans le respect des liaisons cliniques et fonctionnelles existantes au sein de chaque unité.

Ces liens directs permettent de fluidifier les parcours de soins, de ne pas multiplier les intervenants, et de favoriser la prévention des impacts familiaux.

Liens périnatalité/pédopsychiatrie/psychiatrie adulte

Orientation stratégique 1 – objectif 1

Des liens directs entre psychologues sous réserve d'accord des patients et dans le respect du secret partagé, peuvent être organisés concernant les situations de périnatalité où sont repérées des vulnérabilités du côté du parent, du bébé ou dans l'interaction parents-enfant.

Par ailleurs, une participation des psychologues de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie aux projets autour d'An Héol est à mettre en œuvre. Un travail commun avec les Assistantes Sociales est à amorcer. En fonction des projets à mener, du temps dédié devra être envisagé.

Enfin, les psychologues participent au développement des prises en charge Parents-bébé dans le cadre d'actions de prévention et de soins précoces.

Unité thérapeutique parents-bébé, unité de soins ambulatoires parents bébé, et staff périnatalité.

Rappel du contexte :

Population concernée : Enfant de moins de 2 ans et ses parents dans les situations où le bébé présente un trouble fonctionnel précoce, un trouble du tonus, un retard de développement et/ou, du côté parental, une psychopathologie puerpérale, un trouble

psychiatrique, une vulnérabilité psychique dans le post-partum et/ou des difficultés à l'instauration des premiers liens.

Modalités de prise en charge : Evaluation lors de 3 rencontres Bébé/parents avec un binôme de professionnels de l'Unité dans un délai de moins de deux semaines après la demande. A l'issue d'un staff d'équipe, proposition d'un projet de soin en CMP (entretien individuel ou en binôme et/ou en petit groupe Bébé/Mamans ou en soins psycho corporels).

Propositions :

Poursuivre notre implication dans les liens avec la psychiatrie adulte et les partenaires territoriaux :

-en participant au Staff mensuel Périnatalité de l'EPSM, cette instance ayant pour objet d'apporter un avis sur des prises en charge complémentaires dans le domaine des premiers liens Bébé/Mère à une mère prise en charge en hospitalisation complète ou de jour en tant que patiente adulte.

-en favorisant le maillage interinstitutionnel : avec l'Unité d'Hospitalisation TP Mère-Bébé Home de Nantes, avec les Maternités Vannetaises pour l'UTBP, avec la Maternité Ploërmel pour l'USAPB, avec L'HAD de Vannes, et avec le Centre Maternel les Chrysalides Josselin.

-en participant activement au Réseau Périnat 56.

Renforcer l'unité thérapeutique bébé parents pour pouvoir mettre en œuvre les prises en charge individuelle, binômes ou groupales.

Renforcer l'unité de soins ambulatoires parents bébé de Ploërmel pour répondre aux besoins et réduire l'inégalité territoriale.

Au regard de l'ensemble de ces éléments et pour le bon fonctionnement d'un tel dispositif, demande de création d'un ETP de psychologue.

Favoriser l'intervention précoce dans les troubles psychotiques débutants :

Orientation stratégique 1 - objectif 3 :

Les relais de psychothérapies sur les structures vannetaises entre CPEA et CPPA sont spécifiquement pensés lorsque des signes de vulnérabilité particulière de troubles psychotiques débutants sont détectés : un accompagnement soutenu est alors mis en œuvre pour un relais optimal.

De la même manière, ce travail de relais particulier dans la période de transition à l'âge adulte – où le risque de décompensation est majoré – est à développer entre les structures de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Ce travail renforcé de lien devrait permettre de favoriser une fluidité du parcours du patient, mais aussi d'éviter un décrochage thérapeutique, dans cette période de vulnérabilité.

Par ailleurs, le maillage institutionnel et les liens au réseau - avec les psychologues libéraux et de l'éducation nationale, la Maison Des Adolescents, les médecins généralistes etc - sont à pérenniser et enrichir.

Fluidité des parcours au sein des CPEA :

Orientation stratégique 1 – objectif 5 :

Dans le pôle de pédopsychiatrie, les psychologues participent activement à la vie institutionnelle, au sein des unités, mais aussi à l'échelle des structures internes et du pôle : en effet un représentant psychologue par structure interne participe à la fois aux réunions de SI et aux réunions de pôle. Par ailleurs des réunions des psychologues de pédopsychiatrie ont lieu environ deux fois par an, la question des délais d'attente pour l'accès aux psychothérapies est une question qui nous préoccupe, et que nous avons mise au travail.

Au sein des CPEA, les psychologues participent aux staffs d'orientation des premières demandes, et peuvent intervenir en premier recours pour les situations qui le justifient.

Une expérimentation de renfort en temps psychologue alloué au CMP - dans les cas où le temps médical est vacant - est en cours ; le collège des psychologues s'est engagé à évaluer ce dispositif en lien avec la DRH et le pôle de pédopsychiatrie, un groupe de travail est cours de constitution.

Les liens forts au réseau (médecine scolaire, réseau libéral, réseau social et réseau médico-social...) doivent être pérennisés et développés : ils permettent en effet de fluidifier l'accès aux soins, d'affiner les motifs de recours, et de soutenir les prises en charge. Des rencontres régulières avec le réseau sont organisées, sur les plans institutionnels et/ou cliniques : des liens téléphoniques entre psychologues, d'autres dans le cadre du pôle ou des structures internes, ou via les réunions du Collège des psychologues.

Transition vers l'âge adulte

Orientation stratégique 1 – objectif 5 – action 2

Articulation pédopsychiatrie/psychiatrie adulte pour les 16/19 ans

Accompagner ces patients avec leurs familles dans cette période délicate d'accès à la majorité.

Favoriser les échanges, articulations, mise en liens des psychologues intervenant ou amenés à intervenir auprès de ces patients, avec la possibilité d'organiser des rencontres entre anciens et futurs intervenants, et ce dans un cadre pluri-professionnel.

En l'état actuel, ces organisations se font à moyens constants, mais il sera nécessaire de procéder après une année de fonctionnement à une évaluation de ce dispositif.

2. Orientation stratégique 2: favoriser les prises en charge en ambulatoire par la limitation du recours à l'hospitalisation complète et fluidifier les parcours d'admission en hospitalisation complète

Liens intra/extra :

Orientation stratégique 2 – objectif n°3 – action 3

Des liens intra (CEPRA et cliniques) /extra (CMP) entre psychologues sont organisés afin de favoriser la continuité des soins. Ces organisations sont à formaliser sur un plan institutionnel et à pérenniser.

Ces organisations pourraient se faire à moyens constants, sous réserve que des temps institutionnels de staff et de reprise puissent être mis en place.

Il sera nécessaire de procéder après une année de fonctionnement à une évaluation de ce dispositif.

3. Orientation stratégique 3: favoriser l'accès des patients à des parcours de santé et de vie de qualité

Favoriser le partenariat et les liens entre l'intra et les EMS

Orientation stratégique 3 – objectifs n°2 et 4

-soutenir pour cela la création d'un temps psychologue qui interviendrait sur l'unité tremplin et sur le Dispositif d'Appui à la Sortie (0,5 etp): aujourd'hui, cet accompagnement est assuré par les psychologues du secteur, ce qui est coûteux en déplacement et ne permet pas une bonne coordination avec les équipes. Tout un travail serait à développer pour assurer la continuité des parcours de soin et soutenir ainsi l'alternative à l'hospitalisation.

Orientation stratégique 3 – objectif n°3

La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi).

La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux les déficits.

La plupart des symptômes induits par les troubles psychiques peuvent être stabilisés par des soins psychiatriques. Cependant, certaines difficultés persistent souvent :

- Difficultés cognitives : mémoire, attention, fonctions exécutives, lenteur de traitement...
- Difficultés de cognition sociale : décoder, comprendre, interpréter les autres, leurs émotions, s'affirmer dans différentes situations ;
- Troubles de l'insight : Difficultés à comprendre sa maladie, reconnaître les symptômes et les effets du traitement ;
- Perte d'autonomie.

Tous ces troubles sont importants et peuvent entraver le processus de rétablissement. Des troubles cognitifs peuvent gêner la reprise d'une activité professionnelle car il est difficile de travailler par exemple si l'on n'arrive pas à retenir les consignes. Le but de la réhabilitation psychosociale est de réduire l'impact de ces difficultés pour favoriser le rétablissement¹⁵. L'évaluation neuropsychologique des patients semble être le préalable à la prise en charge en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale, afin de déterminer les points faibles mais aussi et surtout les capacités préservées.

Pour répondre à ce besoin, l'établissement s'est doté de deux psychologues spécialisés en neuropsychologie en 2017, l'une intervenant au sein du Pôle Saint Avé – Ploërmel, l'autre au sein du Pôle Vannes – Muzillac.

Les psychologues ayant recours aux outils de réhabilitation s'attachent à développer divers axes d'interventions répondant à cette approche clinique centrée sur le patient.

Au sein de l'EPSM, différents outils sont mis en œuvre pour développer cette approche : Psychothérapies individuelles et de groupe, psycho-éducation, remédiation cognitive avec et sans médiation (addictions, Mickael's game, Comète, IPT, EMC, RECOS, Skills...), EFI, profils sensoriels, observations cliniques.

La réhabilitation psycho-sociale étant en plein essor, de nouveaux outils sont édités chaque année. Cela nécessite d'actualiser nos connaissances par des formations régulières.

4 Orientation stratégique 4 : favoriser l'accès aux prises en charge spécialisées et garantir l'accès aux soins des populations spécifiques

Favoriser les échanges avec les partenaires extérieurs concernés par des populations spécifiques (CADA, justice, CRA...)

¹⁵ Annexe 11 Schématisation

Orientation stratégique 4 – objectif n° 5

Le rapport de la commission d'audition publique sur l'agression sexuelle tenue en juin 2018 préconise dans sa proposition numéro 29 la mise en œuvre de soins spécialisés intersectoriels. Celle-ci a commencé à se développer au sein de quelques établissements (Unité de psychiatrie et psychologie légales de Ville-Evrard, équipe interdisciplinaire Erios de Bordeaux). Certes, les personnes placées sous main de justice ne sont pas toutes concernées par l'agression sexuelle. On tend même à voir s'accroître la variété des comportements délictuels et criminels dans les suivis pour obligations de soins et les injonctions de soins. Ceci est d'autant plus vrai pour ces dernières depuis les différentes modifications de la loi sur l'injonction de soins, initialement prévue pour les auteurs d'agressions à caractère sexuel.

Dans ce cadre, l'approche intersectorielle nous paraît profitable à plus d'un titre aux personnes placées sous main de justice comme aux équipes. D'un point de vue structurel d'abord et clinique ensuite. En effet, en l'état actuel des choses, l'accueil des PPSMJ est plus ou moins structuré et organisé en fonction des secteurs, voire des CMP. Il apparaît parfois complexe pour les personnes ayant une contrainte à se soigner de savoir vers qui se diriger. De la même manière, les partenaires, SPIP, sauvegarde 56, médecins coordonnateurs, Juges de l'application des peines etc., se trouvent confrontés à une multitude de manières de faire et d'interlocuteurs non nécessairement identifiés. La prise en charge des PPSMJ repose bien souvent en CMP sur des personnes et moins sur des équipes ce qui soulève aussi la question de la poursuite des soins lorsque ces personnes quittent le service. A l'inverse, l'existence d'un service et d'une équipe dédiée à ces questions permettrait d'être identifiable rapidement et proposerait des modalités d'accueil claires pour les partenaires. Cela faciliterait aussi les liens avec ces derniers. Actuellement, ces liens restent sporadiques et bien souvent restreints à deux interlocuteurs, laissant l'un des trois champs (santé, justice, social) de côté. D'autres régions (Aix-en-provence) organisent des réunions trimestrielles réunissant l'ensemble des acteurs, juges, médecins coordonnateurs, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, traitants, afin d'évoquer les situations et de travailler l'articulation santé-justice.

Certaines critiques peuvent estimer que la mise en place d'intersecteurs dédiés à ce cadre de prise en charge tendrait à stigmatiser les PPSMJ. Au-delà du fait que cette question peut se poser pour l'ensemble des structures dédiées (addictologie, précarité, traumatismes ...), il nous semble au contraire qu'une telle offre serait susceptible de résorber les appréhensions à venir consulter.

D'un point de vue clinique et du point de vue de l'offre thérapeutique offerte, la situation actuelle ne permet pas de prises en charge groupales. Tout d'abord car la « masse critique » ne permet pas nécessairement de constituer des groupes homogènes. Ce qui pourrait être permis par une structure intersectorielle. Par ailleurs, plusieurs travaux ont aussi montré que selon les profils rencontrés des prises en charge groupales seraient plus indiquées que des prises en charge individuelles. De plus, l'expérience de Ville-Evrard le montre, la mise en place d'un intersecteur facilite aussi le développement de groupes ad

¹⁶ Cf Annexe 10 sur le cadre légal des Soins Pénalement Ordonnés

hoc aux profils des personnes rencontrées. Si l'agression à caractère sexuel constitue une appellation générique, il reste que les personnes condamnées n'ont pas toutes le même profil et ne sont pas toutes condamnées pour les mêmes types d'acte. Comme énoncé précédemment, les injonctions de soins comme les obligations ne regroupent pas uniquement cette population. Une équipe dédiée permettrait de réfléchir à une offre thérapeutique structurée pour ces différents publics, incluant par exemple la question des auteurs de violences conjugales.

Une réflexion autour de l'intégration de l'UCSA devra également être menée.

Développer les psychothérapies groupales et diversifiées suppose de former les professionnels.

Au-delà de ces besoins de formation et afin d'assurer ces prises en charge, une telle unité nécessiterait la création d'une équipe dédiée incluant des psychologues ; nous participerons à l'évaluation des ressources nécessaires.

Participation à la prise en charge de la population migrante :

Orientation stratégique 4 - objectif 6 :

Dans le cadre des soins en CMP et de l'équipe mobile précarité, les psychologues reçoivent et accompagnent les migrants, adultes et enfants.

Par ailleurs, nous pouvons noter une participation active de psychologue au sein du dispositif transculturel, qui consiste à

- Accueillir, écouter et accompagner sur le plan psychothérapeutique et médical cette population spécifique.
- Proposer un lieu de réflexion et d'analyse de pratiques aux professionnels recevant des migrants, en étant des personnes ressources.
- Collaborer avec les professionnels de l'E.P.S.M., du C.H.B.A. et les partenaires médico-sociaux tels que le conseil général comme avec la P.M.I., le réseau de périnatalité.

Ce dispositif est amené à être développé.

Fluidifier la prise en charge des familles dans les situations post-traumatiques :

Orientation stratégique 4- Objectif n°7

Favoriser l'accès direct des enfants aux consultations psycho-traumatiques auprès des psychologues dans les CPEA, dans le respect des liaisons cliniques et fonctionnelles existantes au sein de chaque unité.

Ouvrir la possibilité aux membres d'une famille d'être reçus ensemble, s'ils le demandent, à l'UMP, par des psychologues de pédopsychiatrie et les psychologues de psychiatrie générale.

Ces organisations ne nécessiteraient pas de moyens humains supplémentaires, mais un accès privilégié aux formations spécifiques.

5. Orientation stratégique 5 : favoriser l'accès aux techniques innovantes et rendre le patient acteur de son parcours

Création d'une testothèque

Orientation stratégique 5 – objectif 2

Création d'une testothèque à la bibliothèque médicale de l'EPSM à disposition exclusive des psychologues, comprenant les tests, échelles et outils pouvant être mis en commun (certains devant rester dans les structures au vu de la régularité de leur utilisation.)

En amont :

- Recensement de tous les tests disponibles et leurs localisations
- Création d'un répertoire des tests disponibles et leurs localisations sur intranet rubrique « Psychologues » pour faciliter l'emprunt
- Mise à disposition des tests utilisés de manière exceptionnelle à la bibliothèque médicale de l'EPSM
- Recensement des besoins et des demandes d'achats de nouveaux tests et Transmission par le collège des psychologues de ces demandes.
- Création d'un budget global à évaluer et pérenniser

VI. PROJET DE « L'ART A L'EPSM »

Né de l'articulation de nos trois missions, de nos échanges pour ce projet psychologique, et d'un groupe de travail spécifique, il nous a semblé naturel de dédier une partie à ce projet en construction.

« L'art est communication, dévoilement. Comme le dit Bergson, « l'art démasque la réalité cachée par le langage, les conventions sociales et les cadres rigides de l'éducation. » Il est sympathie, c'est-à-dire partage. Aller voir une exposition, écouter un concert, c'est offrir l'occasion d'échanger, de partager. L'art est quête de l'autre. L'autre, ce peut être autrui, ce peut être Dieu, comme une confrontation de créateur à créateur. L'autre, ce peut être soi, ce même qui nous échappe mais nous émancipe, et permet le dépassement de soi. L'art inquiète, trouble, provoque, fait trembler quelque chose de notre être qui nous interpelle. » Définition de l'Art par Philopratrique

Ce projet porte sur l'art qui se distingue de la culture et de l'art thérapie. Il vise à faire vivre l'art au sein de l'EPSM Morbihan en le mobilisant chez tous les acteurs de l'hôpital et permettre ainsi à chacun d'éprouver l'expérience de la créativité artistique.

Ce projet peut avoir des retombées sur l'EPSM Morbihan en permettant un autre type de rencontre avec l'extérieur, un autre regard et une autre place de la psychiatrie dans la cité.

Il s'appuie sur les expériences d'hôpitaux telles que celles du Vinatier à Lyon avec « la ferme », de l'association Stand Art à Morlaix, de Maison Blanche avec l'« Atelier du non faire », de Sotteville-les Rouen avec « Le Chantier » et de Guillaume Régnier avec leur « commission culturelle ».

Ce projet s'appuie sur les conventions 1999 et 2010 qui existent entre le ministère de la culture et celui de la santé où des financements sont possibles, et par extension avec les collectivités territoriales.

Trois propositions émergent de notre groupe de travail :

- La création d'une « commission art et culture » à l'EPSM pour permettre à chaque professionnel de l'établissement de connaître les initiatives qui se développent dans chaque service, d'être aidé pour les demandes de subventions, la préparation de projets.
- La création d'un atelier de pratiques artistiques, avec des interventions d'artistes, destiné aux patients et résidents de l'intra hospitalier, un atelier dont la participation est libre.
- La possibilité d'ouvrir des locaux de l'EPSM à des artistes pour permettre des échanges.

Ce projet se propose de s'élaborer dans un groupe de réflexion ouvert à toute personne de l'EPSM intéressée par la question de l'art afin notamment :

- De faire connaître auprès de tous les acteurs de l'EPSM l'envie de faire vivre l'art dans l'établissement.
- De recenser les projets existants autour de l'art et de la culture.
- De penser ce projet avec les projets déjà existants notamment ceux de la sociothérapie.
- De rencontrer les expériences artistiques d'autres hôpitaux notamment celles de Guillaume Régnier.
- De questionner la DRAC, l'ARS sur les financements possibles.
- De recenser les liens avec les partenaires artistiques et culturels de la cité.
- De penser une structure regroupant et favorisant les expressions artistiques à l'EPSM par une commission.
- De penser la création d'un atelier de pratiques artistiques intra muros.
- De penser l'accueil d'artistes dans les locaux de l'hôpital.
- De définir les moyens nécessaires à la mise en place et pérennisation d'un tel projet.

ANNEXES

Annexe 1 : Loi de santé L 6143-2

Article L6143-2 introduisant la notion de « projet psychologique »

- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 101](#)
- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 \(V\)](#)

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article [L. 713-4](#) du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article [L. 6321-1](#) et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article [L. 3221-4](#), il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

Annexe 2 : Code de déontologie des psychologues

Actualisation de Février 2012

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

PREAMBULE

L'usage professionnel du titre de psychologue est défini par l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 complété par l'article 57 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 qui fait obligation aux psychologues de s'inscrire sur les listes ADELI.

Le présent Code de déontologie est destiné à servir de règle aux personnes titulaires du titre de psychologue, quels que soient leur mode et leur cadre d'exercice, y compris leurs activités d'enseignement et de recherche. Il engage aussi toutes les personnes, dont les enseignants-chercheurs en psychologie (16ème section du Conseil National des Universités), qui contribuent à la formation initiale et continue des psychologues. Le respect de ces règles protège le public des mésusages de la psychologie et l'utilisation de méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie.

Les organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à le faire connaître et à s'y référer. Elles apportent, dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres.

PRINCIPES GENERAUX

La complexité des situations psychologiques s'oppose à l'application automatique de règles. Le respect des règles du présent Code de Déontologie repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement, dans l'observance des grands principes suivants :

Principe 1 : Respect des droits de la personne

Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection. Il s'attache à respecter l'autonomie d'autrui et en particulier ses possibilités d'information, sa liberté de jugement et de décision. Il favorise l'accès direct et libre de toute personne au psychologue de son choix. Il n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Il préserve la vie privée et l'intimité des personnes en garantissant le respect du secret professionnel. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même.

Principe 2 : Compétence

Le psychologue tient sa compétence :

- de connaissances théoriques et méthodologiques acquises dans les conditions définies par la loi relative à l'usage professionnel du titre de psychologue; de la réactualisation régulière de ses connaissances;

- de sa formation à discerner son implication personnelle dans la compréhension d'autrui.

Chaque psychologue est garant de ses qualifications particulières. Il définit ses limites propres compte tenu de sa formation et de son expérience. Il est de sa responsabilité éthique de refuser toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises. Quel que soit le contexte de son intervention et les éventuelles pressions subies, il fait preuve de prudence, mesure, discernement et impartialité.

Principe 3 : Responsabilité et autonomie

Outre ses responsabilités civiles et pénales, le psychologue a une responsabilité professionnelle. Dans le cadre de sa compétence professionnelle, le psychologue décide et répond personnellement du choix et de l'application des méthodes et techniques qu'il conçoit et met en oeuvre et des avis qu'il formule. Il peut remplir différentes missions et fonctions : il est de sa responsabilité de les distinguer et de les faire distinguer.

Principe 4 : Rigueur

Les modes d'intervention choisis par le psychologue doivent pouvoir faire l'objet d'une explicitation raisonnée et d'une argumentation contradictoire de leurs fondements théoriques et de leur construction. Le psychologue est conscient des nécessaires limites de son travail.

Principe 5 : Intégrité et probité

Le psychologue a pour obligation de ne pas exploiter une relation professionnelle à des fins personnelles, religieuses, sectaires, politiques, ou en vue de tout autre intérêt idéologique.

Principe 6 : Respect du but assigné

Les dispositifs méthodologiques mis en place par le psychologue répondent aux motifs de ses interventions, et à eux seulement. En construisant son intervention dans le respect du but assigné, le psychologue prend notamment en considération les utilisations qui pourraient en être faites par des tiers.

TITRE I- L'EXERCICE PROFESSIONNEL

CHAPITRE I DEFINITION DE LA PROFESSION

Article 1 : Le psychologue exerce différentes fonctions à titre libéral, salarié du secteur public, associatif ou privé. Lorsque les activités du psychologue sont exercées du fait de sa qualification, le psychologue fait état de son titre.

Article 2 : La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte.

Article 3 : Ses interventions en situation individuelle, groupale ou institutionnelle relèvent d'une diversité de pratiques telles que l'accompagnement psychologique, le conseil, l'enseignement de la psychologie, l'évaluation, l'expertise, la formation, la psychothérapie, la recherche, le travail institutionnel. Ses méthodes sont diverses et adaptées à ses objectifs. Son principal outil est l'entretien.

CHAPITRE II LES CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Article 4 : Qu'il travaille seul ou en équipe, le psychologue fait respecter la spécificité de sa démarche et de ses méthodes. Il respecte celles des autres professionnels.

Article 5 : Le psychologue accepte les missions qu'il estime compatibles avec ses fonctions et ses compétences.

Article 6 : Quand des demandes ne relèvent pas de sa compétence, il oriente les personnes vers les professionnels susceptibles de répondre aux questions ou aux situations qui lui ont été soumises.

Article 7 : Les obligations concernant le respect du secret professionnel s'imposent quel que soit le cadre d'exercice.

Article 8 : Lorsque le psychologue participe à des réunions pluri professionnelles ayant pour objet l'examen de personnes ou de situations, il restreint les informations qu'il échange à celles qui sont nécessaires à la finalité professionnelle. Il s'efforce, en tenant compte du contexte, d'informer au préalable les personnes concernées de sa participation à ces réunions.

Article 9 : Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement libre et éclairé de ceux qui le consultent ou qui participent à une évaluation, une recherche ou une expertise. Il a donc l'obligation de les informer de façon claire et intelligible des objectifs, des modalités et des limites de son intervention, et des éventuels destinataires de ses conclusions.

Article 10 : Le psychologue peut recevoir à leur demande, des mineurs ou des majeurs protégés par la loi en tenant compte de leur statut, de leur situation et des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 11 : L'évaluation, l'observation ou le suivi au long cours auprès de mineurs ou de majeurs protégés proposés par le psychologue requièrent outre le consentement éclairé de la personne, ou au moins son assentiment, le consentement des détenteurs de l'autorité parentale ou des représentants légaux.

Article 12 : Lorsque l'intervention se déroule dans un cadre de contrainte ou lorsque les capacités de discernement de la personne sont altérées, le psychologue s'efforce de réunir les conditions d'une relation respectueuse de la dimension psychique du sujet.

Article 13 : Les avis du psychologue peuvent concerner des dossiers ou des situations qui lui sont rapportées. Son évaluation ne peut cependant porter que sur des personnes ou des situations qu'il a pu examiner lui-même.

Article 14 : Dans toutes les situations d'évaluation, quel que soit le demandeur, le psychologue informe les personnes concernées de leur droit à demander une contre évaluation.

Article 15 : Le psychologue n'utilise pas de sa position à des fins personnelles, de prosélytisme ou d'aliénation économique, affective ou sexuelle d'autrui.

Article 16 : Le psychologue présente ses conclusions de façon claire et compréhensible aux intéressés.

Article 17 : Lorsque les conclusions du psychologue sont transmises à un tiers, elles répondent avec prudence à la question posée et ne comportent les éléments d'ordre psychologique qui les fondent que si nécessaire. La transmission à un tiers requiert l'assentiment de l'intéressé ou une information préalable de celui-ci.

Article 18 : Le psychologue n'engage pas d'intervention ou de traitement impliquant des personnes auxquelles il est personnellement lié. Dans une situation de conflits d'intérêts, le psychologue a l'obligation de se récuser.

Article 19 : Le psychologue ne peut se prévaloir de sa fonction pour cautionner un acte illégal et son titre ne le dispense pas des obligations de la loi commune. Dans le cas de situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d'un tiers, le psychologue évalue avec discernement la conduite à tenir en tenant compte des dispositions légales en matière de secret professionnel et d'assistance à personne en péril. Le psychologue peut éclairer sa décision en prenant conseil auprès de collègues expérimentés.

Article 20 : Les documents émanant d'un psychologue sont datés, portent son nom, son numéro ADELI, l'identification de sa fonction, ses coordonnées professionnelles, l'objet de son écrit et sa signature. Seul le psychologue auteur de ces documents est habilité à les modifier, les signer ou les annuler. Il refuse que ses comptes rendus soient transmis sans son accord explicite et fait respecter la confidentialité de son courrier postal ou électronique.

Article 21 : Le psychologue doit pouvoir disposer sur le lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable, de locaux adéquats pour préserver la confidentialité, de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature de ses actes professionnels et des personnes qui le consultent.

Article 22 : Dans le cas où le psychologue est empêché ou prévoit d'interrompre son activité, il prend, avec l'accord des personnes concernées, les mesures appropriées pour que la continuité de son action professionnelle puisse être assurée.

CHAPITRE III LES MODALITES TECHNIQUES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Article 23 : La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.

Article 24 : Les techniques utilisées par le psychologue à des fins d'évaluation, de diagnostic, d'orientation ou de sélection, doivent avoir été scientifiquement validées et sont actualisées.

Article 25 : Le psychologue est averti du caractère relatif de ses évaluations et interprétations. Il prend en compte les processus évolutifs de la personne. Il ne tire pas de conclusions réductrices ou définitives concernant les ressources psychologiques et psychosociales des individus ou des groupes.

Article 26 : Le psychologue recueille, traite, classe, archive, conserve les informations et les données afférentes à son activité selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur. Il en est de même pour les notes qu'il peut être amené à prendre au cours de sa pratique professionnelle. Lorsque ces données sont utilisées à des fins d'enseignement, de recherche, de publication ou de communication, elles sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat.

Article 27 : Le psychologue privilégie la rencontre effective sur toute autre forme de communication à distance et ce quelle que soit la technologie de communication employée. Le psychologue utilisant différents moyens télématiques (téléphone, ordinateur, messagerie instantanée, cybercaméra) et du fait de la nature virtuelle de la communication, explique la nature et les conditions de ses interventions, sa spécificité de psychologue et ses limites.

Article 28 : Le psychologue exerçant en libéral fixe librement ses honoraires, informe ses clients de leur montant dès le premier entretien et s'assure de leur accord.

CHAPITRE IV LES DEVOIRS DU PSYCHOLOGUE ENVERS SES PAIRS

Article 29 : Le psychologue soutient ses pairs dans l'exercice de leur profession et dans l'application et la défense du présent Code. Il répond favorablement à leurs demandes de conseil et d'aide dans les situations difficiles, notamment en contribuant à la résolution des problèmes déontologiques.

Article 30 : Le psychologue respecte les références théoriques et les pratiques de ses pairs pour autant qu'elles ne contreviennent pas aux principes généraux du présent Code. Ceci n'exclut pas la critique argumentée.

Article 31 : Lorsque plusieurs psychologues interviennent dans un même lieu professionnel ou auprès de la même personne, ils se concertent pour préciser le cadre et l'articulation de leurs interventions.

CHAPITRE V LE PSYCHOLOGUE ET LA DIFFUSION DE LA PSYCHOLOGIE

Article 32 : Le psychologue a une responsabilité dans la diffusion de la psychologie et de l'image de la profession auprès du public et des médias. Il fait une présentation de la psychologie, de ses applications et de son exercice en accord avec les règles déontologiques de la profession. Il use de son droit de rectification pour contribuer au sérieux des informations communiquées au public.

Article 33 : Le psychologue fait preuve de discernement, dans sa présentation au public, des méthodes et techniques psychologiques qu'il utilise. Il informe le public des dangers potentiels de leur utilisation et instrumentalisation par des non psychologues. Il se montre vigilant quant aux conditions de sa participation à tout message diffusé publiquement.

TITRE II LA FORMATION DES PSYCHOLOGUES

Article 34 : L'enseignement de la psychologie respecte les règles déontologiques du présent Code. En conséquence, les institutions de formation :

- diffusent le Code de Déontologie des Psychologues aux étudiants en psychologie dès le début de leurs études ;
- fournissent les références des textes législatifs et réglementaires en vigueur ;
- s'assurent que se développe la réflexion sur les questions éthiques et déontologiques liées aux différentes pratiques : enseignement, formation, pratique professionnelle, recherche.

Article 35 : Le psychologue enseignant la psychologie ne participe qu'à des formations offrant des garanties scientifiques sur leurs finalités et leurs moyens.

Article 36 : Les formateurs ne tiennent pas les étudiants pour des patients ou des clients. Ils ont pour seule mission de les former professionnellement, sans exercer sur eux une quelconque pression.

Article 37 : L'enseignement présente les différents champs d'étude de la psychologie, ainsi que la pluralité des cadres théoriques, des méthodes et des pratiques, dans un souci de mise en perspective et de confrontation critique. Il bannit nécessairement l'endoctrinement et le sectarisme.

Article 38 : L'enseignement de la psychologie fait une place aux disciplines qui contribuent à la connaissance de l'homme et au respect de ses droits, afin de préparer les étudiants à aborder les questions liées à leur futur exercice dans le respect des connaissances disponibles et des valeurs éthiques.

Article 39 : Il est enseigné aux étudiants que les procédures psychologiques concernant l'évaluation des personnes et des groupes requièrent la plus grande rigueur scientifique et éthique dans le choix des outils, leur maniement - prudence, vérification - et leur utilisation - secret professionnel et confidentialité -. Les présentations de cas se font dans le respect de la liberté de consentir ou de refuser, de la dignité et de l'intégrité des personnes présentées.

Article 40 : Les formateurs, tant universitaires que praticiens, veillent à ce que leurs pratiques, de même que les exigences universitaires - mémoires de recherche, stages, recrutement de participants, présentation de cas, jurys d'examens, etc. - soient conformes à la déontologie des psychologues. Les formateurs qui encadrent les stages, à l'Université et sur le terrain, veillent à ce que les stagiaires appliquent les dispositions du Code, notamment celles qui portent sur la confidentialité, le secret professionnel, le consentement éclairé. Les dispositions

encadrant les stages et les modalités de la formation professionnelle (chartes, conventions) ne doivent pas contrevenir aux dispositions du présent Code.

Article 41 : Le psychologue enseignant la psychologie n'accepte aucune rémunération de la part d'une personne qui a droit à ses services au titre de sa fonction. Il n'exige pas des étudiants leur participation à d'autres activités, payantes ou non, lorsque celles-ci ne font pas explicitement partie du programme de formation dans lequel sont engagés les étudiants.

Article 42 : L'évaluation tient compte des règles de validation des connaissances acquises au cours de la formation initiale selon les modalités officielles. Elle porte sur les disciplines enseignées à l'Université, sur les capacités critiques et d'autoévaluation des candidats, et elle requiert la référence aux exigences éthiques et aux règles déontologiques des psychologues.

Article 43 : Les enseignements de psychologie destinés à la formation de professionnels non psychologues observent les mêmes règles déontologiques que celles énoncées aux articles 40, 41 et 42 du présent Code.

TITRE III LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Article 44 : La recherche en psychologie vise à acquérir des connaissances de portée générale et à contribuer si possible à l'amélioration de la condition humaine. Toutes les recherches ne sont pas possibles ni moralement acceptables. Le savoir psychologique n'est pas neutre. La recherche en psychologie implique le plus souvent la participation de sujets humains dont il faut respecter la liberté et l'autonomie, et éclairer le consentement. Le chercheur protège les données recueillies et n'oublie pas que ses conclusions comportent le risque d'être détournées de leur but.

Article 45 : Le chercheur ne réalise une recherche qu'après avoir acquis une connaissance approfondie de la littérature scientifique existant à son sujet, formulé des hypothèses explicites et choisi une méthodologie permettant de les éprouver. Cette méthodologie doit être communicable et reproductible.

Article 46 : Préalablement à toute recherche, le chercheur étudie, évalue les risques et les inconvénients prévisibles pour les personnes impliquées dans ou par la recherche. Les personnes doivent également savoir qu'elles gardent leur liberté de participer ou non et peuvent en faire usage à tout moment sans que cela puisse avoir sur elles quelque conséquence que ce soit. Les participants doivent exprimer leur accord explicite, autant que possible sous forme écrite.

Article 47 : Préalablement à leur participation à la recherche, les personnes sollicitées doivent exprimer leur consentement libre et éclairé. L'information doit être faite de façon intelligible et porter sur les objectifs et la procédure de la recherche et sur tous les aspects susceptibles d'influencer leur consentement.

Article 48 : Si, pour des motifs de validité scientifique et de stricte nécessité méthodologique, la personne ne peut être entièrement informée des objectifs de la recherche, il est admis que son information préalable soit incomplète ou comporte des éléments volontairement erronés. Cette exception à la règle du consentement éclairé doit être strictement réservée aux situations dans lesquelles une information complète risquerait de fausser les résultats et de ce fait de remettre en cause la recherche. Les informations cachées ou erronées ne doivent jamais porter sur des aspects qui seraient susceptibles d'influencer l'acceptation à participer. Au terme de la recherche, une information complète devra être fournie à la personne qui pourra alors décider de se retirer de la recherche et exiger que les données la concernant soient détruites.

Article 49 : Lorsque les personnes ne sont pas en mesure d'exprimer un consentement libre et éclairé (mineurs, majeurs protégés ou personnes vulnérables), le chercheur doit obtenir l'autorisation écrite d'une personne légalement autorisée à la donner. Y compris dans ces situations, le chercheur doit consulter la personne qui se prête à la recherche et rechercher son adhésion en lui fournissant des explications appropriées de manière à recueillir son assentiment dans des conditions optimales.

Article 50 : Avant toute participation, le chercheur s'engage vis-à-vis du sujet à assurer la confidentialité des données recueillies. Celles-ci sont strictement en rapport avec l'objectif poursuivi. Toutefois, le chercheur peut être amené à livrer à un professionnel compétent toute information qu'il jugerait utile à la protection de la personne concernée.

Article 51 : Le sujet participant à une recherche a le droit d'être informé des résultats de cette recherche. Cette information lui est proposée par le chercheur.

Article 52 : Le chercheur a le devoir d'informer le public des connaissances acquises sans omettre de rester prudent dans ses conclusions. Il veille à ce que ses comptes rendus ne soient pas travestis ou utilisés dans des développements contraires aux principes éthiques.

Article 53 : Le chercheur veille à analyser les effets de ses interventions sur les personnes qui s'y sont prêtées. Il s'enquiert de la façon dont la recherche a été vécue. Il s'efforce de remédier aux inconvénients ou aux effets éventuellement néfastes qu'aurait pu entraîner sa recherche.

Article 54 : Lorsque des chercheurs et/ou des étudiants engagés dans une formation qui a cet objectif participent à une recherche, les bases de leur collaboration doivent être préalablement explicitées ainsi que les modalités de leur participation aux éventuelles publications à hauteur de leur contribution au travail collectif.

Article 55 : Lorsqu'il agit en tant qu'expert (rapports pour publication scientifique, autorisation à soutenir thèse ou mémoire, évaluation à la demande d'organisme de recherche...) le chercheur est tenu de garder secrets les projets et les idées dont il a pris connaissance dans l'exercice de sa fonction d'expertise. Il ne peut en aucun cas en tirer profit pour lui-même. Les associations signataires renoncent à tous droits de propriété et autorisent la reproduction du Code sous réserve que soient mentionnés leurs noms et la date du présent document : 22 mars 1996 et actualisé en février 2012.

Annexe 3 : Fiche métier



Psychologue

Famille : SOCIAL, EDUCATIF, PSYCHOLOGIE ET CULTUREL
Sous-famille : Psychologie
Code métier : 10P10

► Information générale

Définition :

Concevoir, élaborer et mettre en oeuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité

Autres appellations :

Psychologue hospitalier

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Licence de psychologie
+ Master 2 ou DESS de psychologie (clinique, psychopathologie, enfance/adolescence, gérontologique...)

► Activités

- Accueil, encadrement et formation des étudiants et des stagiaires
- Bilan psychologique (recueil d'information, entretien, interprétation et synthèse, restitution)
- Collaboration avec les autres membres de l'équipe pluri-professionnelle
- Conception et élaboration d'interventions psychologiques et thérapeutiques à visée préventive et curative auprès des patients et de leurs familles
- Conseil au projet de pôle et au projet d'établissement
- Elaboration d'un projet psychologique de pôle et d'établissement
- Elaboration du diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient
- Intervention auprès d'équipes pluriprofessionnelles interne ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle).
- Pratiques d'entretiens individuels ou collectifs
- Psychothérapies individuelles et de groupe
- Réalisation d'études et recherche en psychologie en lien avec les activités cliniques, enseignement, formation personnelle et vers autrui, expertises
- Recueil et analyse des besoins et des demandes d'interventions,
- Travail d'évaluation par le biais de groupes de réflexion et de supervision théorico-clinique entre professionnel ou par toutes autres méthodes spécifiques

► Savoir-Faire

- Choisir une méthode correspondant à son domaine de compétence
- Définir et mettre en oeuvre les activités thérapeutiques adaptées au patient
- Formaliser et transmettre son savoir professionnel
- Observer et analyser la situation, le discours des différents acteurs
- Organiser un cadre thérapeutique singulier ou institutionnel (ajuster la thérapeutique en fonction du patient et de son environnement)



- Rédiger et mettre en forme des notes cliniques, documents et/ou rapports, relatifs à son domaine de compétences

► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Approche médico-légale	Connaissances générales
Bilan psychologique	Connaissances d'expert
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances approfondies
Ethnopsychologie	Connaissances approfondies
Méthodologie de recherche en psychologie	Connaissances approfondies
Psycho-sociologie des organisations	Connaissances opérationnelles
Psychologie clinique et psychopathologie	Connaissances d'expert
Psychologie des âges de la vie	Connaissances d'expert
Psychologie générale	Connaissances d'expert
Psychosomatique	Connaissances approfondies
Psychothérapies	Connaissances d'expert

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales.

Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances d'expert :

Connaissances permettant de produire une analyse critique des théories et des principes, de redéfinir des pratiques professionnelles dans un champ ou à l'interface entre des champs différents. Connaissances très contextualisées.

Durée d'acquisition de 3 / 5 et plus ans et plus.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Équipes pluriprofessionnelles pour les projets de soins, pédagogiques et éducatifs.

Services sociaux, éducatifs, judiciaires, juridiques, maison du handicap, tribunal, école, université..., pour le travail de liaison et de coordination.

Réseaux de villes et associations (CMP, CMPP, PMI, psychiatres, psychologues libéraux) pour le suivi des patients.

Groupes de pairs

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Licence de psychologie

+ master 2 ou DESS en psychologie clinique, psychopathologie, enfance/adolescence, gérontologique...

Correspondances statutaires éventuelles :

Psychologue

Annexe 4 : Décret du 31 janvier 1991

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

NOR: SANH9002525D

Version consolidée au 15 février 2018

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 [En savoir plus sur cet article...](#)

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.

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Les psychologues des établissements mentionnés à l'article 1er 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 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 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o 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 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°96-881 du 2 octobre 1996 - art. 1 JORF 10 octobre 1996 en vigueur le 1er août 1996](#)

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 sept échelons.

Article 5 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 2](#)

La durée du temps passé dans chacun des échelons des grades du corps de psychologue de la fonction publique hospitalière est fixée ainsi qu'il suit :

GRADES ET ÉCHELONS	DURÉE
Psychologue hors classe	
7e échelon	-
6e échelon	3 ans
5e échelon	2 ans 6 mois
4e échelon	2 ans 6 mois
3e échelon	2 ans 6 mois
2e échelon	2 ans 6 mois
1er échelon	2 ans
Psychologue de classe normale	
11e échelon	-
10e échelon	4 ans
9e échelon	4 ans
8e échelon	3 ans 6 mois
7e échelon	3 ans
6e échelon	3 ans
5e échelon	2 ans 6 mois
4e échelon	2 ans
3e échelon	2 ans
2e échelon	1 an

1er échelon	1 an
-------------	------

Article 6 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 3](#)

Peuvent accéder à la hors-classe, dans les conditions prévues au 1° de l'article 69 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, les psychologues de classe normale ayant atteint deux ans d'ancienneté dans le 6e échelon de ce grade. Le nombre de promotions dans le grade de psychologue hors classe est calculé chaque année, dans chaque établissement, dans les conditions fixées à l'article 1er du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière.

Les psychologues de classe normale nommés psychologues hors classe sont classés dans ce nouveau grade conformément au tableau de correspondance suivant :

SITUATION DANS LA CLASSE NORMALE	SITUATION DANS LA HORS CLASSE	ANCIENNETE CONSERVÉE DANS LA LIMITE de la durée de l'échelon
11e échelon	5e échelon	5/6 Ancienneté acquise
10e échelon	4e échelon	5/8 de l'ancienneté acquise
9e échelon	3e échelon	5/8 de l'ancienneté acquise
8e échelon	2e échelon	5/7 de l'ancienneté acquise
7e échelon	1er échelon	2/3 de l'ancienneté acquise
6e échelon à partir de 2 ans	1er échelon	Sans ancienneté

NOTA :

Conformément à l'article 9 du décret n° 2017-658 du 27 avril 2017, les psychologues inscrits sur un tableau d'avancement établi au titre de 2017, promus au grade d'avancement du corps régi par le décret du 31 janvier 1991 précité postérieurement au 1er janvier 2017, sont classés dans le grade d'avancement en tenant compte de la situation qui aurait été la leur s'ils n'avaient cessé de relever, jusqu'à la date de leur promotion, des dispositions de l'article 6 du décret du 31 janvier 1991 précité, dans sa rédaction antérieure au présent décret, puis s'ils avaient été reclassés, à la date de leur promotion, en application des dispositions de l'article 3 du présent décret.

Article 7 (abrogé) [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°96-881 du 2 octobre 1996 - art. 2 JORF 10 octobre 1996 en vigueur le 1er août 1996](#)
- o Abrogé par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 10 \(V\)](#)
- Titre II : Nomination et titularisation.

Article 8 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 4](#)

I. - Les candidats admis aux concours organisés pour l'accès au corps des psychologues de la fonction publique hospitalière sont nommés et classés dans ce corps au 1er échelon du grade de psychologue de classe normale.

II. - Toutefois, les candidats qui avaient déjà la qualité de fonctionnaire sont classés à l'échelon du grade de début qui comporte un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui qu'ils détenaient dans leur corps, cadre d'emploi ou emploi d'origine.

Dans la limite de l'ancienneté exigée pour une promotion à l'échelon supérieur, ils conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent corps, cadre d'emploi ou emploi lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle qui aurait résulté d'un avancement d'échelon dans leur ancienne situation.

Les candidats nommés alors qu'ils avaient atteint l'échelon le plus élevé de leur précédent corps, cadre d'emploi ou emploi, conservent leur ancienneté d'échelon dans les mêmes conditions et limites lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle résultant de l'élévation audit échelon.

III. - Lorsque les dispositions de l'article 10 du présent décret ne leur sont pas applicables, les agents non titulaires de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics qui en dépendent sont titularisés dans le grade de psychologue de classe normale à un échelon déterminé en prenant en compte, sur la base de la durée fixée à l'article 5 pour chaque avancement d'échelon, une fraction de l'ancienneté de service qu'ils ont acquise à la date de leur nomination comme stagiaire dans les conditions suivantes :

a) Les services accomplis dans un emploi du niveau de la catégorie A sont retenus à raison de la moitié jusqu'à douze ans et des trois quarts au-delà de douze ans ;

b) Les services accomplis dans un emploi du niveau de la catégorie B ne sont pas retenus en ce qui concerne les sept premières années ; ils sont pris en compte à raison des six seizièmes pour la fraction comprise entre sept ans et seize ans et à raison des neuf seizièmes pour l'ancienneté acquise au-delà de seize ans ;

c) Les services accomplis dans un emploi du niveau des catégories C et D sont retenus à raison des six seizièmes pour l'ancienneté acquise au-delà de dix ans.

Les agents non titulaires qui ont occupé antérieurement des emplois d'un niveau inférieur à celui qu'ils occupent au moment de leur nomination peuvent demander à bénéficier des effets les plus favorables résultant :

- soit du cumul des dispositions des a, b et c ci-dessus ;

- soit de l'application à la totalité de leur ancienneté de service des règles de calcul fixées au présent III pour les emplois du niveau le moins élevé qu'ils ont occupés au cours de leur carrière.

L'application des dispositions qui précèdent ne peut avoir pour conséquence de conférer aux intéressés une situation plus favorable que celle qui résulterait de leur classement à un échelon comportant un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur à celui perçu dans l'ancien emploi avec conservation de l'ancienneté d'échelon dans les conditions définies aux deuxième et troisième alinéas du II ci-dessus.

Article 8-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Créé par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 5](#)

Les psychologues de la fonction publique hospitalière qui ont été recrutés par la voie du concours sur titre dans le grade de psychologue de classe normale mentionné au I de l'article 3 et qui ont présenté une épreuve adaptée aux titulaires d'un doctorat bénéficient, au titre de la préparation du doctorat, d'une

bonification d'ancienneté de deux ans. Lorsque la période de préparation du doctorat a été accomplie sous contrat de travail, les services accomplis dans ce cadre sont pris en compte, selon les modalités prévues, selon le cas, aux articles [7](#) ou [9](#) du décret n° 2007-961 du 15 mai 2007 fixant les dispositions statutaires communes applicables à certains corps de fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique hospitalière, pour la part de leur durée excédant deux ans. Une même période ne peut être prise en compte qu'une seule fois.

Article 9 [En savoir plus sur cet article...](#)

La durée du stage prévu à l'article 37 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée auquel sont astreints les agents nommés dans les conditions énoncées à l'article 8 ci-dessus est fixée à douze mois. Elle peut être prolongée, à titre exceptionnel, pour une durée qui ne peut être supérieure à une année par l'autorité ayant pouvoir de nomination. Cette autorité prononce à l'issue du stage la titularisation.

L'agent qui ne peut être titularisé est licencié s'il ne relevait pas d'un autre corps, cadre d'emploi ou emploi. Il est soit réintégré dans son corps d'origine, s'il était fonctionnaire hospitalier, soit remis à la disposition de son administration d'origine, s'il était fonctionnaire de l'Etat ou fonctionnaire territorial.

Article 10 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°93-317 du 10 mars 1993 - art. 1 JORF 12 mars 1993 en vigueur le 1er janvier 1993](#)

Les fonctionnaires régis par le présent décret qui, antérieurement à leur recrutement, ont été employés et rémunérés en qualité de fonctionnaire ou d'agent public dans un établissement de soins public ou dans un établissement social ou médico-social public, ou en qualité de salarié dans un établissement de soins privé ou dans un établissement social ou médico-social privé, ou dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou un cabinet de radiologie, dans des fonctions correspondant à celles dans lesquelles ils sont nommés, bénéficient, lors de leur nomination dans un emploi, d'une reprise d'ancienneté égale à la totalité de la durée des services visés ci-dessus, sous réserve qu'ils justifient qu'ils possédaient les titres, diplômes ou autorisations exigés pour l'exercice desdites fonctions antérieures. La demande de reprise d'ancienneté, accompagnée de toutes les pièces justificatives, devra être présentée dans un délai de six mois à compter de la nomination.

- Titre III : Dispositions diverses.

Annexe 5 : Circulaire du 30 avril 2012

Circulaire DGOS/RHSS n° 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

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/5 du 15 juin 2012, Page 187.

MINISTÈRE DU TRAVAIL,

DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines

du système de santé

NOR : ETSH1222584C

Validée par le CNP le 20 avril 2012. – Visa CNP 2012-106.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en oeuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : organisation de la profession de psychologue dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : recrutement, temps FIR, représentation institutionnelle.

Mots clés : psychologues – recrutement – temps FIR – structuration institutionnelle de la profession de psychologues.

Références :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires ;

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et notamment son article 44 ;

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière ;

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

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 13 janvier 2012 modifiant l'arrêté du 26 août 1991 fixant la composition du jury des concours sur titres prévu à l'article 3 du décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

Texte abrogé : circulaire DHOS/RH4 n° 2010-142 du 4 mai 2010 relative à la situation des psychologues dans la fonction publique hospitalière.

Annexe : Fiche « psychologues » du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (pour mise en oeuvre).

Depuis mars 2011, la direction générale de l'offre de soins conduit des travaux sur les modalités d'exercice du métier de psychologue au sein des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. La présente circulaire a pour objet d'informer les établissements des résultats de ces travaux et des modalités de leur mise en oeuvre.

1. Recrutement des psychologues dans la fonction publique hospitalière

Les postes de psychologues sont occupés aujourd'hui à plus de 50 % par des personnels contractuels.

Je veux réaffirmer le principe selon lequel les emplois permanents à temps complet ont vocation à être occupés par des fonctionnaires. Il convient donc que les fonctions de psychologues soient exercées par les titulaires du corps correspondant.

Tout poste déclaré vacant doit donc faire l'objet d'une publication préalable, afin que les candidats souhaitant bénéficier d'un changement d'établissement soient en mesure d'avoir connaissance des postes vacants et, le cas échéant de se porter candidat. Tout poste ainsi publié et demeurant vacant doit pouvoir être pourvu par concours de recrutement dans le corps des psychologues de la fonction publique hospitalière. Dans la mesure où des postes à temps non complets seraient ouverts dans plusieurs établissements géographiquement proches, je réitère l'incitation à ouvrir un poste à temps plein dans l'optique de recruter un psychologue fonctionnaire. Celui-ci pourra ensuite partager son temps de travail entre les deux établissements par le biais d'une convention de mise à disposition signée par les deux établissements et par le psychologue intéressé. Je veux par ailleurs porter à votre attention l'arrêté du 13 janvier 2012 qui modifie l'arrêté du 26 août 1991 fixant la composition des jurys des concours sur titre. Cette modification vise à renforcer le regard professionnel au sein de ces jurys en y introduisant un psychologue supplémentaire ; il impose également aux chefs d'établissement organisateurs des concours la désignation d'un directeur et d'un médecin extérieur à l'établissement pour participer aux jurys.

2. Dispositions relatives au temps de travail des psychologues et accès au temps lié à la fonction de formation, d'information et de recherche (FIR)

Les fonctions du psychologue sont définies par l'article 2 du décret du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière. Ces fonctions sont composées de fonctions cliniques qui peuvent s'adresser à des personnes ou des groupes. La mise en oeuvre de ces fonctions fait appel aux méthodes, moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation du psychologue qui les choisit en toute autonomie. L'article 2 dispose par ailleurs 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 ». Cette fonction de formation, d'information et de recherche, couramment appelée temps FIR est une fonction indispensable à un exercice optimisé des missions. Elle n'est pas liée 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. Ne sont pas considérés comme occupant des emplois permanents les contractuels recrutés sur la base de l'article 9-1 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986.

Cette démarche peut prendre plusieurs formes :

- un travail d'évaluation prenant en compte la propre dimension personnelle du psychologue, effectué par toute méthode spécifique librement choisie ;
- une actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique;
- une participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche.

En outre, les psychologues peuvent, le cas échéant, participer et collaborer à des actions de formation, notamment auprès des personnels des établissements visés à l'article 2 du titre IV et auprès des écoles ou centres de formation qui y sont rattachés. Ils sont également chargés de l'accueil d'étudiants en psychologie effectuant un stage hospitalier.

Les activités liées à la fonction FIR ne peuvent donner lieu à rémunération autre que celle liée au service fait du fonctionnaire dans le cadre de ses obligations de service.

La circulaire DH/FH3/92 n° 23 du 23 juin 1992 avait proposé une répartition des fonctions sur la base de 2/3 du temps de travail consacrées aux fonctions cliniques et 1/3 aux activités de formation, information, recherche.

De principe, les activités du FIR doivent être organisées en cohérence et complémentarité avec les besoins du service et dans le respect du temps d'accueil des patients. 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, dans la limite d'1/3 du temps de travail. La supervision individuelle est réaffirmée comme fondamentale pour les psychologues qui en font le choix. Chaque psychologue rend également compte individuellement chaque année de l'utilisation de ce temps et de son apport pour sa pratique à son responsable hiérarchique.

Sur la base des objectifs qui auront été arrêtés chaque année, les psychologues doivent bénéficier de toutes les facilités pour exercer leur fonction FIR et notamment de l'établissement d'un ordre de mission annuel. Par ailleurs, certaines actions de formation peuvent être prises en charge sur le budget de la formation continue.

Si la liberté d'organisation des établissements de santé a été clairement inscrite dans la loi HPST, je souhaite enfin 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.

3. Le métier de psychologue à l'hôpital

3.1. *La révision de la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*
La deuxième version du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a été finalisée en 2008.

Afin de mieux prendre en compte les spécificités de l'intervention des psychologues, la fichemétier du psychologue hospitalier a été révisée.

Trois axes ont présidé à cette révision :

- l'inscription des psychologues dans une famille « social – éducatif – psychologie » permettant de reconnaître la spécificité de leur intervention dans la FPH ;
- la description de leurs activités selon trois axes rendant compte de leur rôle au sein de l'institution hospitalière : activités cliniques auprès du patient, activités cliniques institutionnelles, formation-information-recherche ;
- la réintroduction de la psychothérapie au coeur de l'activité du métier des psychologues hospitaliers.

3.2. *La structuration d'une représentation de la profession*

Par ailleurs, sur la base des initiatives prises par plusieurs établissements de santé, de création de services centraux de psychologie ou de collèges institutionnels de psychologues, il est apparu pertinent de proposer la mise en place, 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, 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.

Trois volets de missions ont été identifiés pour cette structure.

Un volet clinique

Ce volet consiste en l'élaboration d'un projet de psychologie en cohérence avec le projet de l'établissement et notamment le projet médical :

- recensement des besoins de prise en charge ;
- définition de l'offre de soins ;
- définition des axes thérapeutiques ;
- interface avec les autres professions dans la prise en charge des patients.

Il consiste également en l'élaboration d'un bilan d'activité annuel.

Un volet formation/recherche articulé avec la fonction FIR :

- implication des psychologues dans la formation des étudiants (gestion des stages en lien avec l'université) ;
- implication des psychologues dans la formation des autres professionnels (organisation de colloques, offre de formation à destination des professionnels de l'établissement, etc.) ;
- organisation d'une veille scientifique collective, d'une documentation ;
- diffusion de l'information scientifique, organisation de groupes de réflexion, impulsion de thématiques de recherche et de publications.

Hors fonction FIR :

Le volet formation comporte des éléments centrés sur la formation continue des psychologues (recueil des besoins, proposition d'axes spécifiques du plan de formation, information des professionnels sur les offres de formation existantes).

Un volet administratif

Participation au recrutement : participation avec les DRH à l'analyse des besoins en recrutement, participation à l'élaboration des fiches de poste, participation à des jurys de concours. Participation à la procédure de notation : mise au point en lien avec les DRH d'une grille de lecture de la fiche institutionnelle d'évaluation adaptée à la profession.

Une expérimentation autour du déploiement de ces missions et de ces structures sera conduite à partir de septembre 2012 et pour une durée de deux ans au sein d'établissements volontaires. Le taux de promotion applicable au corps des psychologues de la fonction publique hospitalière ainsi que la question de l'évolution de leurs grilles de rémunération, points également à l'ordre du jour des discussions, feront l'objet d'informations et d'instructions ultérieures.

Vous voudrez bien faire part, sous le présent timbre, des difficultés qui pourraient se présenter dans l'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :

Le chef de service,

Adjoint au directeur général de l'offre de soins,

F. FAUCON

Annexe 6 : Lieux d'intervention des psychologues par pôle

MAJ mars 2019

Pôle 1 Auray-Locminé

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
AUBERT Edith	CMP Locminé HJ Locminé ATA	70% 20% 10%
AUCLAIR Martine	CMPS Auray CMP Belle-Île	70% 30%
BOUGON Aude	En Arbenn (HC addicto) Er Liamm (HJ addicto) Ancre	25% 15% 10%
CLAR Chantal	UCSA	50%
CORRIGNAN Tuija	CMPS Auray	100%
VILLENEUVE Christine	CMPS Auray	100%
MESLET Agathe	CMP Locminé Clinique Alré	40% 20%
RAMAT Stéphanie	CMPS Auray CMP CMPS Auray HJ Clinique Alré	40% 40% 20%

Pôle 2 Vannes- Muzillac

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BELLEC Emmanuelle	CEPRA Clinique vannetaise CMP Nivillac	30% 20% 30%
BOUGON Aude	Equipe Mobile Précarité Psychiatrie	40%
CORITON Emilie	UMP (consultations post-traumatiques) Kerniol CMP Daumézon A	30% 20% 30%
HOCHER Isabelle	CPJA An Avel CMP Vannes	30% 50%
LE BOURSICAUD Yvanne	USIP CEPRA EPSM CMP Vannes CMP Muzillac	20% 30% 20% 30%
LE DANTEC Chantal	Clinique des sources CMPS Vannes CPJA Vannes-Est	10% 40% 30% +10% FIR
LE GAL Ines	USIP CMP Sarzeau	40% 30%
LE RAY Isabella	CEPRA CHBA CMP Vannes CMP Muzillac PAEJ Vannes	30% 10% (FIR) 20% 20%
MICHEL Marie	Daumézon B CMP Vannes Clinique vannetaise HJ Kerniol	30% 20% 20% 20%
NORMAND Anne	UMP CHBA	30%
RAIMBAULT Corinne	CEPRA CHBA UMP Consultations post-traumatiques CMP Vannes	30% 20% 50%
YSSOUF Rozette	CMP Vannes USIP	80% 20%
Marylin LE NY	CMP Vannes Daumézon C	50% 20%

Pôle 3 Saint Avé- Ploërmel

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BIDARD Anaëlle	CMP Saint-Avé CMP Malestroit IRPS	30% 20% 50%
BROUSSARD Gilles	CMP Malestroit CMP Questembert Clinique Triskell	40% 20% 20%
GUILLE- TRIARD Gwénaëlle	CMP Questembert CMPS Ploërmel Clinique Triskell	30% 20% 30%
LE BODIC Cédric	CMPS Saint-Avé CMPS Ploërmel CMP Malestroit IRPS SPO	20% 20% 20% 30% 10%
LE BORGNE Delphine	CMPS Saint-Avé CMP Josselin CMPS Ploërmel Triskell HJ Saint-Avé	40% 20% 20% 20%
MICHELOT Mannaïg	CMP Malestroit CMPS Saint-Avé IRPS SPO	20% 20% 30% 10%
MESLET Agathe	CMPS St Avé CMPS Ploërmel	20% 20%
MELLOUET Fabrice	HJ Ploërmel CMPS Ploërmel	15% 5%
DUBOS Orane	CMPS Saint-Avé	20%

Pôle Médico social

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BENOIST Maud	Résidence Arc-en-ciel	20%
JANDOT Mathilde	MAS Kerblay MAS du Coudray	40% 40% (60% budgetisé)
LEFORESTIER Stéphanie	FAM Kerhuel Résidence Arc-en-ciel	50% 30%
MARCHAND Coralie	FAM Bignan	50%

Pôle de pédopsychiatrie

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
ARVISENET Hélène	CPEA Locminé	40%
BELLECC Lysiane	CPEA Auray CMP - HJ	90%
BENOIST Maud	CPEA Muzillac HJ	60%
BRIZARD Emilie	CPEA Auray CMP CMP Belle-ile	50% 30%
CHANTELOT Marianne	CPEA Lalande CMP CMP Questembert AFT	30% 40% 30%
CHEREL Mathilde	CPEA Ménimur A CMP-HJ CPEA Locminé	80% 20%
COURANT Emilie	CPEA Ménimur B HJ - CMP	80%
COFFORNIC Aurélie	CPEA Ploërmel	100%
DALIGAULT Florence	CPEA Lalande HJ Unité Thérapeutique Bébé Parents CMP	40% 50% 10%
DAVOINE Géraldine	CPEA Muzillac Maison des Adolescents	70% 10%
FOURNEREAU Isabelle	CPEA Beaupré CMP – HJ +TFS+CUMP	80%
HANGOUE Jacques	CMP CPPA	40%
JULIOT Lucie	CPEA Locminé CMP- HJ	100%
KERDRAIN Gisèle	Maison des adolescents	100%
L'HELGOUALC'H Christelle	CPEA Auray	60%
LE GUILLY Nathalie	CPEA Ploërmel	100%
LEGRIX – DOILLON Anne	CMP CPPA post-hospit Equipe Mobile Clinique pour Adolescents	10% 20% 70%
LEHUEDE Laura	Unité Evaluation Diagnostic autisme Dispositif TSA Beaupré Lalande	50% 50%
SAINTE MARIE Julie	CPEA Ménimur A CMP CPEA Ménimur B CMP Maison des adolescents	20% 30% 10%
PECQUET Myriam	CMP CPPA HJ CPPA	50% 40%

Annexe 7 : Répartition des psychologues par dispositifs

Pôle 1 Auray – Locminé

CMPS Auray

CMP Auray :	Martine AUCLAIR	70%
	Tuija CORRIGNAN	100
	Christine VILLENEUVE	100%
	Stéphanie RAMAT	40%
HJ Auray :	Stéphanie RAMAT	60%
CMP Belle-Ile :	Martine AUCLAIR	30%

CMPS Locminé

CMP Locminé :	Edith AUBERT	70%
	Agathe MESLET	40%
HJ Locminé:	Edith AUBERT	20%
A.T.A.	Edith AUBERT	10%

HTC

Clinique Alré	Stéphanie RAMAT	20%
	Agathe MESLET	20%

Addictologie

HJ Er Liamm	Aude BOUGON	20%
HC Er Arbenn	Aude BOUGON	30%
U.C.S.A.	Chantal CLAR	50%

Pôle 2 : Vannes – Muzillac

CMPS Vannes

CMP Vannes :	Isabelle HOCHER	50%
	Yvonne LE BOURSICAUD	20%
	Chantal LE DANTEC	40%
	Isabella LERAY	30%
	Marie MICHEL	20%
	Corinne RAIMBAULT	50%
	Rozette YSSOUF	80%
	Marylin LE NY	50%
CPJA An Avel :	Isabelle HOCHER	50%
HJ Vannes-Est :	Chantal LE DANTEC	30%
EquipeMobilePrécarité :		
	Aude BOUGON	40%

CMPS Muzillac :

CMP Muzillac :	Yvonne LE BOURSICAUD	30%
	Isabella LERAY	20%
CMP Nivillac :	Emmanuelle BELLEC	30%
CMP Sarzeau :	Inès LE GAL	30%

HTC

Clinique vannetaise :	Chantal LE DANTEC	20%
	Emmanuelle BELLEC	20%
	Marie MICHEL	20%
USIP	Inès LE GAL	40%
	Rozette YSSOUF	20%
	Yvonne LE BOURSICAUD	20%

Gérontopsychiatrie

CMP Kerniol :	Emilie CORITON	20%
HJ Kerniol :	Marie MICHEL	20%
HTC Daumézon A :	Emilie CORITON	30%
HTC Daumézon B :	Marie MICHEL	30%
HTC Daumézon C :	Marylin LE NY	20%

Urgences

CEPRA EPSM	Emmanuelle BELLEC	30%
	Yvonne LE BOURSICAUD	30%
CEPRA CHBA	Corinne RAIMBAULT	30%
	Isabella LERAY	30%
UMP Consultations post-traumatiques	Anne NORMAND	30%
	Emilie CORITON	30%
	Corinne RAIMBAULT	20%

Pôle 3 Saint Avé – Ploërmel

CMPS Saint Avé

CMP Saint-Avé :	Cédric LE BODIC	20%
	Delphine LEBORGNE	20%
	Mannaïg MICHELOT	20%
	Agathe MESLET	20%
	Anaëlle BIDARD	10%
	Orane DUBOS	20%

HJ St-Avé :	Delphine LEBORGNE	20%
	Anaëlle BIDARD	20%

CMPS Ploërmel

CMP Ploërmel :	Gwénaëlle GUILLE-TRIARD	20%
	Cédric LE BODIC	20%
	Delphine LEBORGNE	20%
	Agathe MESLET	20%
	Fabrice MELLOUET	10%

HJ Ploërmel :	Fabrice MELLOUET	10%
---------------	------------------	-----

CMP Malestroît:	Gilles BROUSSARD	40%
	Mannaïg MICHELOT	20%
	Cédric LE BODIC	20%

HJ Malestroît :	Anaëlle BIDARD	10%
-----------------	----------------	-----

CMP Questembert :	Gwénaëlle GUILLE-TRIARD	30%
	Gilles BROUSSARD	20%

CMP Josselin :	Delphine LEBORGNE	20%
----------------	-------------------	-----

HTC

Clinique Triskell :	Gwénaëlle GUILLE-TRIARD	30%
	Gilles BROUSSARD	20%

I.R.P.S.

Argoat :	Mannaïg MICHELOT	30%
	Anaëlle BIDARD	10%
Amaryllis :	Cédric LE BODIC	10%
	Anaëlle BIDARD	20%
Arvor :	Cédric LE BODIC	20%
	Anaëlle BIDARD	20%

Bloc médical

Consultations externes (Evaluations SPO/CMP)		
	Mannaïg MICHELOT	10%
	Anaëlle BIDARD	10%
	Cédric LE BODIC	10%

Pôle médico-social

FAM de Kerhuel

Stéphanie LE FORESTIER	50%
------------------------	-----

FAM de Bignan

Coralie MARCHAND	50%
------------------	-----

MAS de Kerblay

Mathilde JANDOT	40% (+40%)
-----------------	------------

MAS du Coudray

Mathilde JANDOT	60% (40% effectif)
-----------------	--------------------

Résidence Arc-en-ciel

Maud Benoist	20%
Stéphanie LE FORESTIER	30%

Pôle de pédopsychiatrie

CPEA vannetais

CPEA Beaupré Lalande (3-7 ans)

CMP – HJ Beaupré (Vannes Est)	Isabelle FOURNEREAU	80%
CMP Lalande (Vannes Ouest)	Marianne CHANTELOT	30%
HJ Lalande	Florence DALIGAULT	40%
Dispositif TSA	Laura LEHUEDE	50%

CPEA Ménimur (6-14 ans)

Ménimur A (Vannes Est)		
CMP	Julie SAINTE MARIE	20%
	Mathilde CHEREL	40%
HJ	Mathilde CHEREL	40%
Ménimur B (Vannes Ouest)		
CMP	Julie SAINTE MARIE	30%
	Emilie COURANT	40%
HJ	Emilie COURANT	40%

CMP Adolescents (12-18 ans)

	Jacqueline HANGOUE	40%
	Anne LEGRIX-DOILLON	10%
	Myriam PECQUET	50%

CPEA généralistes

CPEA Muzillac – Questembert

CMP Muzillac	Géraldine DAVOINE	70%
	Maud BENOIT	10%
HJ Muzillac	Maud BENOIT	50%
CMP Questembert	Marianne CHANTELOT	40%

CPEA Ploërmel

CMP	Aurélie COFFORNIC	100%
	Nathalie LE GUILLY	60%
HJ	Nathalie LE GUILLY	40%

CPEA Locminé

CMP	Mathilde CHEREL	20%
	Hélène ARVISENET	40%
	Lucie JULIOT	60%
HJ	Lucie JULIOT	40%

CPEA Auray

CMP	Emilie BRIZARD	50%
	Lysiane BELLEC	50%
	Christelle L'HELGOUALC'H	60%
HJ	Lysiane BELLEC	40%
CMP Belle-Ile	Emilie BRIZARD	30%

Dispositifs transversaux intersectoriels

CPPA

HJ Adolescents	Myriam PECQUET	40%
Clinique Ados HTC	Anne LEGRIX DOILLON	40%
Equipe mobile	Anne LEGRIX DOILLON	20%

Maison des adolescents

Géraldine DAVOINE	10%
Julie SAINTE-MARIE	10%
Gisèle KERDRAIN	100%

Accueil Familial Thérapeutique

Marianne CHANTELOT	30%
--------------------	-----

Unité Thérapeutique Bébé-Parents

Florence DALIGAULT	50%
--------------------	-----

Unité Evaluation Diagnostic autisme

Laura LEHUEDE	50%
---------------	-----

Annexe 8 : Prises en charge groupales co-animées par les psychologues sur l'établissement

Pôle Auray-Locminé

- Un groupe de parole hebdomadaire à la Clinique d'Alré, le patient étant à l'origine de sa participation
- Un atelier jeux dramatiques hebdomadaire à l'hôpital de jour de Locminé pour les patients du secteur
- Un groupe psycho-corporel bi-mensuel au CMPS d'Auray
- Un atelier d'écriture partagée bi-mensuel au CMPS d'Auray
- Un atelier théâtre thérapeutique bi-mensuel au CMPS d'Auray
- Un atelier « art-thérapeutique » autour de l'argile à l'hôpital de jour d'Auray par cycle de 8 séances à raison d'une fois par semaine
- Un groupe de parole bi-trimestriel pour le secteur d'Auray, pour les parents de patients psychotiques
- Un groupe de parole avec support cinématographique à la Clinique d'Alré

Pôle Vannes Muzillac

- Un groupe mensuel à destination des familles de patients schizophrènes (avec des temps d'éducation thérapeutique et des temps d'expression libre) via le CMP de Vannes, nommé « Un temps pour les proches »
- Un groupe thérapeutique hebdomadaire d'analyse de groupe et psychodrame au CMP de Vannes
- Un groupe de parole hebdomadaire pour les patients hospitalisés à la Clinique des Sources
- Un groupe hebdomadaire d'expression artistique pour les patients hospitalisés à la Clinique des Sources
- Mickael's game au CPJA Vannes-Est
- Atelier COMETE (Compétences Psychosociales en Education du patient) au CPJA An Avel
- Atelier COMETE à la maison thérapeutique An Tremen

- Un groupe de parole hebdomadaire au CPJA de Muzillac
- Des groupes de verbalisation ponctuels au CEPRA
- Un groupe de parole hebdomadaire au CMP de Sarzeau

Intersecteur de gérontopsychiatrie :

- Un groupe de parole hebdomadaire pour les patients hospitalisés à Daumezon A
- Un groupe de parole hebdomadaire pour les patients hospitalisés à Daumezon B,
- Un groupe de parole hebdomadaire pour les patients pris en charge à l'HDJ de Kerniol
- Un groupe mensuel d'aide aux aidants à l'HDJ de Kerniol

Intersecteur USIP

- Atelier psychocorporel hebdomadaire pour les patients hospitalisés dans unité A et B de l'USIP

Pôle St-Avé-Ploërmel :

- Michael's game
- Groupe affirmation de soi
- Groupes de parole
- Groupes de remédiation cognitive :
 - IPT (programme intégratif de thérapies psychologiques)
 - EMC (Entraînement aux habilités méta-cognitives, Moritz)
 - Groupe Skillz (Entraînement progressif à l'usage des fonctions exécutives)
 - Mémoire et 5 sens (Stimulation cognitive et sensorielle)
- Groupe destiné aux familles :
- Un temps pour les proches
- groupe de parole à l'hôpital de jour de Saint Avé

Pôle de pédopsychiatrie

Au CPEA d'Auray :

- Un atelier d'écriture sur le CMP
- Un groupe de Scénodrame
- Un groupe « Petit Club Ours »
- Un groupe de Jeu Dramatique
- Un atelier à partir de la photo sur l'HDJ.
- Un groupe de Scénodrame

Au CPEA de Ménémur :

- Un atelier jardin sur l'HJ de Ménémur B
- Un groupe « histoires à raconter » sur le CMP
- Un atelier autour de la photo sur l'HJ de Ménémur A

Au CPPA :

- Un atelier « photolangage » à la clinique
- des groupes à médiations artistiques (art plastique, modelage, écriture) sur l'HJ
- Un groupe photolangage sur l'HJ
- Un groupe de parole ados sur le CMP

Au CPEA de Muzillac :

- Repas thérapeutique
- Atelier d'écriture

Au CPEA de Beaupré-Lalande :

- Atelier projectif « la ronde des tapis » sur le CMP
- Sur l'Hôpital de jour visant au développement du jeu symbolique : « La ronde des Tapis »
- et « Le petit Village ».

A la Maison des adolescents de Vannes :

- Atelier d'écriture

Au CPEA de Ploërmel :

- Groupe jeux spontanés
- Groupe jeu dramatique

Pôle médico-social

Au FAM de Bignan :

- Un groupe de parole hebdomadaire à destination des résidents du FAM
- Un groupe de parole trimestriel à destination des familles et proches des résidents du FAM

Au FAM de Monterblanc :

- « La conversation » : Groupe de parole hebdomadaire à destination des résidents du FAM
- Un groupe de parole trimestriel à destination des familles et proches des résidents du FAM.

A la résidence Arc-en-Ciel :

- Un groupe préparatoire au Conseil de vie social ouvert à tous les résidents (avant chaque CVS)
- USLD/UHR :
 - Un groupe de parole trimestriel à destination des familles et proches des résidents du FAM.
 - Un groupe préparatoire au Conseil de vie social
 - Un temps clinique trimestriel à destination des équipes
- EHPAD :
 - Un groupe de parole trimestriel à destination des familles et proches des résidents du FAM.

Annexe 9 : Liste des Représentants du Collège des psychologues aux commissions de l'établissement

Etablie chaque année lors de la réunion de collège du mois de septembre, cette liste pour 2018-2019 est composée comme suit :

Chantal LE DANTEC assiste à la Commission Médicale d'Etablissement.

Emilie CORITON assiste à la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques, et Géraldine DAVOINE y est suppléante.

Marilyn LE NY assiste au comité de pilotage stratégique de la Commission Qualité Risque et Vigilance.

Christine VILLENEUVE et Martine AUCLAIR assistent à la Réunion d'Encadrement. Emmanuelle BELLEC et Rozette YSSOUF y sont suppléantes.

Tuija CORRIGNAN et Cédric LE BODIC participent au Comité Violence.

Gisèle KERDRAIN et Stéphanie RAMAT participent au Comité Ethique.

Stéphanie LEFORESTIER et Delphine LE BORGNE participent au Comité de Lutte contre la Douleur.

Annexe 10 : Rappel du cadre légal des soins pénalement ordonnés¹⁷

L'obligation de soins

L'obligation de soin est une mesure qui peut être prononcée avant ou après la condamnation. Sa particularité, nous verrons que c'est peut-être elle qui pose le plus de difficultés dans l'articulation entre justice et santé, est qu'il n'est pas nécessaire qu'une expertise ait eu lieu pour qu'elle soit prononcée. Elle ne concerne par ailleurs pas que les délinquants sexuels et ne prévoit pas de dispositif ni d'acteur particulier faisant l'interface entre justice et soin, comme dans l'injonction thérapeutique avec le médecin relais ou dans l'injonction de soins avec le médecin coordonnateur. Le *Guide de l'injonction de soins* en donne une présentation très claire et distingue l'obligation avant et après déclaration de culpabilité. Dans le premier cas, elle constitue une modalité du contrôle judiciaire et est définie légalement ainsi : « se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication » (art 138 – 10°CPP). Dans le second cas, l'obligation est comme l'indique le Guide, « une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du CP pour : l'ajournement avec mise à l'épreuve ; l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ; l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ; une mesure d'aménagement de peine ».

Sa définition légale est la suivante : « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-45 du Code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle ou excessive de boissons alcooliques » (art 132-45 3°CP). Dans ce cadre de l'obligation de soins, ce que l'on peut retenir, c'est que tous délits ou crimes peuvent donner lieu à l'imposition de se soigner sous ce régime, dès lors que le juge a estimé, sans avis médical nécessaire, que la personne condamnée avait besoin de soins. Le seul lien entre le médecin ou le psychologue (depuis la loi du 12 décembre 2005) et le juge se résumera alors bien souvent aux attestations remises directement au patient.

L'obligation de soin est donc plus large que l'injonction thérapeutique, notamment du point de vue des personnes visées, et se différencie de l'injonction de soin par plusieurs points. Il importe à présent de revenir sur le cadre précis de cette dernière afin de bien saisir les disparités entre ces deux mesures (obligation et injonction de soin) et de mieux appréhender les enjeux qui en découlent pour le praticien.

¹⁷ Tiré de : Le Bodic C., Michelot M., Robin R., Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature, *Annales médico-psychologiques*, vol. 173, n°2, 2015, 197-202.

L'injonction de soins

Initialement, l'injonction de soin était exclusivement liée à la peine de suivi socio-judiciaire. Depuis son instauration en 1998, le dispositif légal encadrant cette mesure a cependant connu une évolution législative prenant quatre formes : celle d'une extension du champ d'application du suivi socio-judiciaire, celle d'une systématisation de l'injonction de soin, enfin celles permettant de « prescrire » une injonction de soin en dehors du suivi socio-judiciaire d'un côté et *a posteriori* de la condamnation de l'autre. Désormais, l'injonction peut être prononcée dans d'autres cadres légaux qui sont : le sursis avec mise à l'épreuve, la libération conditionnelle, la surveillance judiciaire, la surveillance de sûreté et la rétention de sûreté. L'injonction de soins implique de fait l'articulation entre autorités judiciaires et sanitaires, en se fondant sur une expertise médicale ayant conclu à la possibilité d'un traitement et en convoquant un médecin coordonnateur (article L. 3711-1 du CSP), interface entre les représentants des deux institutions. Selon le cadre légal, l'injonction de soins ne sera pas prononcée par la même juridiction. Ainsi, pour un suivi socio-judiciaire ou un sursis avec mise à l'épreuve, c'est la juridiction de jugement qui est concernée. Pour la libération conditionnelle et la surveillance judiciaire, il s'agira de la juridiction de l'application des peines et pour la surveillance ou la rétention de sûreté, ce sont les juridictions de la rétention de sûreté qui font autorité.

Le suivi socio-judiciaire est applicable depuis le 20 juin 1998 et fait suite à la loi n°98-468 du 17 juin 1998 connue comme la loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Depuis 1998, la liste des actes concernés par cette loi et par le suivi socio-judiciaire a été à plusieurs reprises modifiée (lois de décembre 2005 en intégrant les violences sur les personnes (meurtres, assassinats), mars 2007 en incluant les violences intrafamiliales, et juillet 2010) dans le sens de l'allongement. Pour autant, il semble que cet élargissement progressif n'ait eu que peu d'impact sur le dispositif et n'ait pas appauvri ou plus encore perverti son esprit. La grande majorité des suivis socio-judiciaires concerne principalement les auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Le suivi socio-judiciaire n'a pas le même statut selon qu'il concerne des délits ou des crimes. Dans le premier cas, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire à une amende ou un emprisonnement. Dans la seconde situation, il ne peut qu'être une peine complémentaire à une peine privative de liberté. Il ne peut par contre jamais être ordonné en même temps qu'un sursis avec mise à l'épreuve.

La durée du suivi socio-judiciaire est fixée par l'article 131-36-1 alinéas 2 du CP. Ce dernier opère une distinction entre les faits commis avant le 11 mars 2004 et ceux commis après. Pour les délits commis avant, la durée maximale du suivi est de 10 ans alors que pour les crimes il est de 20 ans. Pour les faits commis après cette date, le suivi est de 10 ans pour les délits sauf « si la juridiction de jugement décide de la porter à 20 ans par décision spécialement motivée » [18]. Pour les crimes, la durée du suivi s'élève à 20 ans, pour les crimes punis de trente ans de réclusion criminelle, elle se situe à 30 ans et pour ceux puni de la réclusion criminelle à perpétuité, il n'y a pas de limitation de durée.

Il est enfin important de mentionner ce que risque toute personne en cas d'inobservation des obligations liées au suivi socio-judiciaire : la durée maximale de l'emprisonnement est de 2 ans pour des faits relevant d'une condamnation pour délit, et de 5 ans pour crime, commis avant le 11 mars 2004 et respectivement de 3 ans et 7 ans pour des faits commis après cette date.

	Cadre légal	Modalités
Obligation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle judiciaire ▪ Ajournement avec mise à l'épreuve ▪ Sursis avec mise à l'épreuve (+TIG) ▪ Aménagement de peine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas nécessairement d'expertise. Ajoutable ou supprimable par ordonnance du JAP à tout moment de la mesure ▪ Le suivi repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé
Injonction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi Socio-judiciaire ▪ Surveillance judiciaire ▪ Libération conditionnelle ▪ Sursis avec mise à l'épreuve ▪ Surveillance de sûreté ▪ Rétention de sûreté (loi du 10/08/2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise nécessaire ▪ Ajoutable à tout moment de la peine par le JAP ▪ Médecin coordonnateur comme interface entre médecin traitant, psychologue et JAP et service

Tableau récapitulatif du cadre légal et des modalités de l'obligation et de l'injonction de soins [18]

Annexe 11 : La réhabilitation psychosociale

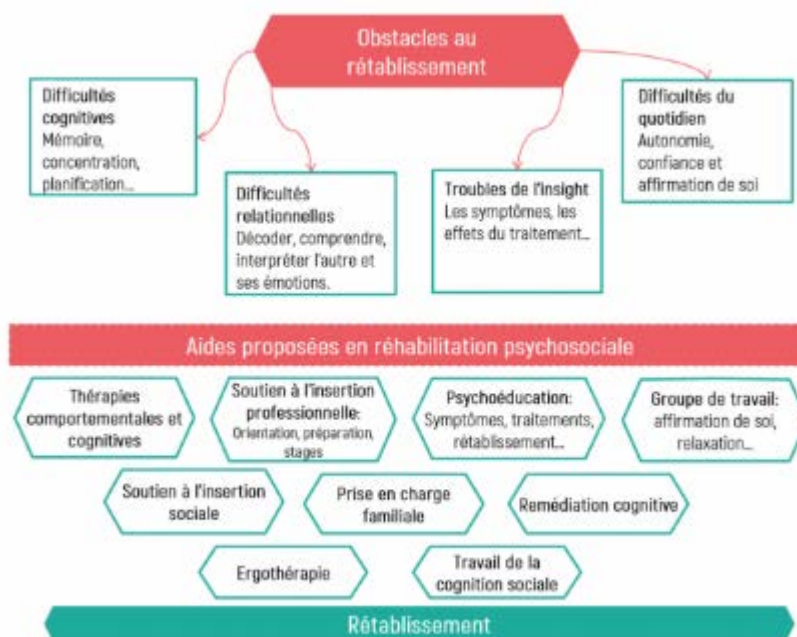


Schéma issu du site Centre ressource réhabilitation
https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psycho-sociale?debut_articles_rubrique=%407