

QUESTIONS DE PARENTALITÉ

QUESTIONS DE CONFRATERNITÉ

Camille SIBILLE, médecin du travail

Pouvons-nous créer les conditions d'un débat sur nos écrits de médecins du travail ? Pouvons-nous mettre en visibilité les difficultés que nous rencontrons sur le terrain à propos de ces écrits réglementaires, attendus, exigés, contestés, critiqués, indispensables ?

Écrire à un employeur, à un confrère, rédiger un certificat, une fiche d'entreprise, un rapport annuel. Quel est le devenir de ces écrits ? Que nous ont appris les réponses ou l'absence de réponse à ces écrits ? Avons-nous changé notre manière d'écrire ?

J'ai écrit avec parcimonie, avec prudence, en urgence, en désespoir de cause, j'ai reçu des réponses furieuses, des lettres de remerciements, j'ai attendu en vain des réactions, et un jour, en réponse à la mise à jour d'une fiche d'entreprise, j'ai reçu une lettre recommandée avec accusé de réception en provenance de l'Ordre des médecins :

« Madame et cher confrère,

Nous avons été destinataires d'un courrier adressé par le D^r PEDOPSY, nous faisant part du différend qui vous oppose suite à une correspondance que vous auriez adressé à la direction de l'établissement Valjoli et jointe dans le dossier médical des salariés.

Comme il en a mission, le Conseil départemental organise une rencontre entre le D^r PEDOPSY et vous-même en date..., en présence des conseillers D^r H1....et D^r H2. . Nous vous invitons à prendre vos dispositions pour être présente à cette conciliation.

D^r Z..., président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins »

Cette correspondance qui mobilise l'Ordre des médecins, je l'ai rédigée en mai 2007, c'est l'évaluation des risques et la mise à jour d'une fiche d'entreprise, pour un établissement que je connais bien, que je nomme-

rai *Valjoli* et dont j'ai été le médecin du travail de 1979 à 2008, c'est-à-dire pendant près de trente ans. C'est ce regard et ce travail de médecin du travail que je voudrais mettre en récit. Écrire aujourd'hui pour cet écrit d'hier.

Valjoli était à sa création en 1956 un « Institut médico-pédagogique », il est devenu ensuite un « Institut de Rééducation » et à partir de 2005, un ITEP — Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique. De 1979 à 2007, six directeurs sont intervenus successivement.

L'établissement était initialement géré par une association loi 1901, puis par un organisme de gestion toujours associatif, qui s'occupe d'une quinzaine d'autres établissements dispersés dans d'autres régions.

Valjoli accueille une quarantaine d'enfants de 6 à 14 ans, des enfants « qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ». Ces enfants sont envoyés par la MDPH, ils entrent à l'internat à la demande des familles, il n'y a habituellement pas de placement à la demande du juge. *Valjoli* fonctionne en internat, du lundi matin au vendredi soir, les enfants rentrent dans leurs familles ou dans leurs familles d'accueil le weekend.

Dans cette grande bâtisse perdue dans la campagne, il y a un directeur, une équipe éducative, un secrétariat, un économe, des services généraux, une cuisine et une blanchisserie, un jardinier, un homme d'entretien. Une vingtaine d'assistantes maternelles dispersées dans la campagne et les villages environnants travaillent dans le cadre du placement familial et accueillent elles aussi des enfants. La plupart des enfants fréquentent l'école de *Valjoli* qui comprend plusieurs classes et plusieurs instituteurs.

Dans les années quatre-vingt, l'équipe éducative représente 70 % de l'effectif, une équipe stable d'éducateurs spécialisés, hommes et femmes, aidés par des stagiaires de contact. La répartition des enfants se fait sur quatre secteurs géographiques, dans chaque secteur on retrouve des enfants d'âges différents, une équipe éducative et une maîtresse de maison. Chaque secteur fonctionne sur un modèle de type familial, et organise le temps du déjeuner et du souper, les veillées. La nuit, la surveillance est assurée par une veilleuse et un éducateur de garde.

Les temps collectifs sont nombreux, la cuisine est un lieu convivial, la blanchisserie aussi, tout le monde se connaît, l'école est au cœur de l'activité, on fait beaucoup de sport, avec les enfants, entre éducateurs, en famille, en loisirs ou en compétition.

C'est aussi le temps du développement de l'école porté par tout l'établissement, la construction d'une nouvelle école pour laquelle M. B..., le directeur de l'époque obtient le financement. Une école qui travaille selon Freinet, dont l'inspecteur d'académie souligne « la qualité d'une pédagogie vivante, riche, inventive, bien adaptée aux besoins d'un public difficile, lui ménageant les meilleures opportunités d'autonomie, d'initiative et de progrès ».

Le pédopsychiatre est peu présent sur l'établissement, mais il assure les admissions, les entretiens avec les familles, et il accourt en cas de problème. Ça discute avec les équipes, on fait les choses ensemble, ça tourne. Une psychothérapeute à temps partiel sur l'établissement prend en charge les enfants en fonction des demandes.

Dans le cabinet du médecin du travail, les éducateurs s'expriment, ils affirment leur opposition à la création d'un poste d'éducateur chef, valorisent leur engagement hyperactif dans des pratiques sportives multiples avec les enfants mais aussi dans le hors travail, mais ils demandent aussi une analyse de la pratique. Personne ne l'exprime ainsi, mais le métier, l'activité ne se discute pas assez.

Sur le plan réglementaire, l'éducation spécialisée dépendait des annexes 24 du Code de la Sécurité Sociale jusqu'au décret du 6 janvier 2005 qui fixe les conditions techniques et d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et enfin la circulaire du 14 mai 2007, qui doit aider à la « transformation » des instituts de rééducation (IR) en ITEP.

En 1997, ce sont d'abord les instituteurs qui ont écrit dans leur bulletin d'animation pédagogique sur leurs pratiques pour faire part des difficultés de travail et de

leur conflit avec la direction. Ils ont écrit alors qu'ils avaient quitté Valjoli, soit parce qu'ils ont été contraints à quitter leur poste, soit parce qu'ils ont préféré partir, ne voulant pas accepter « l'émergence d'un pôle médical plus important qui ne se fait pas en harmonie avec les pôles éducatifs et scolaires mais plutôt dans le but de les mettre au pas ».

Après douze années passées à l'école de Valjoli, l'un des instituteurs écrit : « J'ai la certitude que cette école, lieu de vie, de création, d'apprentissage au service des enfants est la réponse la plus efficace et la plus cohérente à la problématique des enfants confiés à Valjoli. M. B..., M. C..., les directeurs précédents l'avaient bien compris... Puis sont arrivés M. D..., puis M. E..., spécialiste du « management », technocrate de la gestion d'établissement... — un enfant qui n'apprend pas, c'est un enseignant incompetent —...

À partir de là, tout était dit, il fallait que ça change. Et en premier lieu le fonctionnement de l'école, voire le dispositif pédagogique. Quitte à refuser ce que les enseignants savent faire, à remettre en cause leur dimension professionnelle... Un processus d'exclusion relayé par l'attitude de toute l'institution : celle complaisante de la psychologue "cognitiviste" embauchée sans concertation, celle complice du psychiatre, celle indifférente de la plupart des éducateurs et du personnel.

Ce qui ne devait être qu'un problème de personnes dévoile en fait deux conceptions opposées dans le traitement du handicap social. Pour M. E..., nous recevons à Valjoli des enfants déviants, malades, qu'il convient de rééduquer. Rééduquer par le renforcement du pôle médical... »

En 1998, dans un courrier au directeur du Valjoli, j'attire l'attention de M. E..., sur les atteintes à la santé concernant les assistantes maternelles menacées dans leur emploi et sur la nécessité de mettre en place des groupes d'analyse de la pratique pour le personnel éducatif.

En 2001, quatre ans après les écrits des instituteurs, le psychiatre en poste depuis plus de dix ans, quitte lui aussi Valjoli dans une situation de crise. Il met en débat la question de l'organisation de la gestion des soins dans ce type d'établissement dans un entretien publié dans une revue en direction des acteurs de l'action sociale et médico-sociale.

Il dit : « Dans l'institution où j'intervenais jusqu'à une date récente, le psychiatre centralisait et répartissait "tout ce qui était à faire". Psychiatre et psychologue se répartissaient le suivi des familles en fonction de leur

temps disponible. La psychologue se chargeait du travail clinique auprès des enfants (évaluation et soutien psychologique). Les indications de soins psychologiques étaient déterminées de façon collégiale en travail de synthèse. Un certain nombre d'enfants étaient suivis individuellement et de manière assez souple. Les psychothérapies, au sens plus strict du terme, étant par ailleurs effectuées par une psychothérapeute vacataire, travaillant in situ.

Mais je dois vous dire que je suis en désaccord avec cette notion du soin avec un grand "S", et donc du "psychothérapeute chargé du soin". Le psychothérapeute est chargé du soin au même titre que les autres. Les soins psychomoteurs, orthophoniques, cognitifs, éducatifs sont tout aussi importants. Ce n'est pas la question de la hiérarchie entre les soins qui est fondamentale, mais celle de leur nécessité et de leur place dans la chronologie du développement ainsi que leur articulation respectant l'axe : psychomoteur/langagier/psychologique...

Valjoli ou du moins une majorité de ses employés auraient bien aimé fonctionner dans la "toute puissance". À la base, l'investissement du mythe du tout psychothérapeutique par un noyau dur d'éducateurs dont l'essentiel de l'identité professionnelle était d'être en opposition à tout ce qui peut représenter symboliquement une autorité, fusse-t-elle professionnelle.

J'ai connu plusieurs directeurs : M. D..., le directeur dont tout psychiatre a un jour rêvé... Tout le travail clinique est repris par le directeur au niveau institutionnel. On parle de formation professionnelle. Le temps de psychomotricité est augmenté, une psychologue "cognitiviste" est embauchée, une aide, analyse de la pratique est mise en place sur les groupes. Le niveau s'améliore, les jeunes professionnels se posent, même si quelques anciens se sauvent. L'établissement se renouvelle enfin, se régénère. C'est agréable de travailler.

Puis arrive un nouveau directeur M. E... Il ne sait pas faire, mais il ne veut pas laisser faire. Les progrès précédemment acquis commencent à régresser, les clivages s'accroissent, l'ambiance de travail devient détestable, des vacataires compétents et intéressants partent tenter leur chance ailleurs. Bien sûr, dans ce cas, il est très facile de faire porter le chapeau au psychiatre. Le psychiatre a toujours tort, surtout s'il ne veut pas, pour des raisons éthiques, imposer une grave crise institutionnelle avec retentissement sur les soins donnés aux enfants. »

Le psychiatre n'est pas soutenu par la direction, ni par les équipes qui le tiennent pour responsable de l'en-

treprise de déstabilisation et du départ des instituteurs. On lui propose des vacances dans d'autres établissements de l'association, ce qui le conduirait totalement à se désavouer, dans le conflit, s'il acceptait cette proposition.

Pour le médecin du travail, lors des visites médicales, le collectif éducatif basé sur le « tout psychothérapeutique » se fissure malgré le départ du psychiatre. Au Valjoli, on continue de faire des courses de vélo et des matchs de football, mais le cœur n'y est plus, on ne bavarde plus dans la cuisine, les assistantes maternelles ont été licenciées.

En 2001, mise en place du SESSAD, Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile.

En juillet 2005, arrivent un nouveau directeur, M. F... et un nouveau pédopsychiatre, le D^r PEDOPSY, et donc six mois après le nouveau décret, une nouvelle organisation du travail se met en place, tenant compte des nouvelles orientations prévues par les textes.

En juillet 2005, visite spontanée de M^{me} L..., 59 ans, psychothérapeute à temps partiel au Valjoli depuis 1985, mais que je ne connais pas car Valjoli n'est pas son employeur principal et elle dépend d'un autre service de médecine du travail. Son poste de psychothérapeute vient d'être supprimé, suite à une réorganisation de la prise en charge des enfants. La direction lui propose un poste de psychologue régulateur des équipes éducatives, c'est pour elle une toute autre conception de son métier et elle refuse ce changement. Elle est en arrêt maladie pour une hernie cervicale C₄-C₅ avec canal rachidien rétréci. Elle veut quitter Valjoli et souhaite reprendre son activité de psychothérapeute dans l'autre établissement où elle travaille. Je la déclare inapte à la reprise du travail sur ce nouveau poste. Le nouveau directeur M. F... répond ainsi :

Suite à votre courrier du 2005, je tiens à vous préciser que M^{me} L... est employée comme psychologue conformément à la convention collective de 1966. La fonction de psychologue telle que définie dans la convention collective ne cloisonne pas les missions entre la psychothérapie, la psychorégulation, la psychologie clinique, etc. (...) il n'y a donc pas de modification du contrat de travail de M^{me} L... en tant que psychologue. D'autre part, il n'existe pas dans la convention collective de reconnaissance de la fonction spécifique de psychothérapeute ou de psychologue régulateur...

Après une deuxième visite médicale, M^{me} L... est déclarée inapte définitivement pour raisons médicales à la reprise du travail sur son poste actuel.

En juillet 2006, visite spontanée de M^{me} N... , âgée de 59 ans, orthophoniste en cabinet libéral et orthophoniste à temps partiel 15 h/semaine depuis plus de dix ans sur l'établissement. Elle travaille les mardis et jeudis, au SESSAD, en ville, c'est-à-dire à une vingtaine de kilomètres de Valjoli. Elle est en conflit avec la direction, car la nouvelle organisation liée au décret impose une réunion interdisciplinaire le vendredi et elle ne peut pas changer ses jours de travail du fait de son activité libérale dans un cabinet qu'elle partage avec d'autres orthophonistes. Elle est contrainte à quitter le SESSAD et les enfants qu'elle suivait, et à reprendre son activité sur l'établissement central.

En février 2007, visite spontanée de M^{me} M..., 32 ans, psychomotricienne à temps partiel pour Valjoli, elle travaille deux jours par semaine, le jeudi et le vendredi dans le cadre du SESSAD. Par ailleurs elle est psychomotricienne à mi-temps dans un hôpital public. Elle se dit en grande difficulté dans son travail, dans l'équipe pluridisciplinaire, dans les réunions de travail, trop morcelées. Elle a le sentiment que des informations sont perdues, qu'on ne l'écoute pas. Tous les vendredis, l'équipe interdisciplinaire se réunit. Cette réunion dite « clinique médico-psychologique » est animée par le pédopsychiatre, elle réunit la psychologue clinicienne, la psychologue auprès des équipes, la psychomotricienne et l'éducatrice chef de service du SESSAD. Pour M^{me} M..., il y a dans ces réunions « *quelque chose qui coupe toute réflexion, pas de discussion, pas d'élaboration, tout de suite un axe de soins, une prescription, un diagnostic, un jugement de valeur* ». « *Le psychiatre fait des sermons, il voudrait nous apprendre à travailler, je vis comme un cauchemar d'être mise au pied du mur, on nous coupe la parole au milieu d'une phrase* ». »

Mais derrière cette maltraitance professionnelle dont elle, mais aussi ses collègues, se sentent victimes pendant les réunions, c'est surtout la « maltraitance » du psychiatre envers les familles que M^{me} M... dénonce. Elle dit : « *Pour le pédopsychiatre, l'enfant est l'enfant de la vie, pas un enfant des parents. Nous, psychologues, on ne le laisse pas seul avec les familles, mais aujourd'hui les éducateurs refusent de participer aux rencontres entre famille et pédopsychiatre, ils ne veulent pas cautionner. Nous, on a besoin des éléments de la réalité de cet enfant pour travailler*. »

Après cette réunion clinique interdisciplinaire, c'est la réunion de synthèse, « dite d'harmonisation » qui se réunit avec les mêmes intervenants (sauf la psychologue auprès des équipes), avec en plus le directeur, les éducateurs et les instituteurs.

Ces difficultés se traduisent pour M^{me} M... par une diminution des prises en charge qui lui sont demandées, elle en avait douze par semaine, neuf actuellement.

Quand elle revient en visite spontanée en octobre 2007, elle a démissionné de Valjoli pour un autre poste. Les réunions cliniques étaient devenues plus « civilisées » en présence du directeur, mais le pédopsychiatre ne demandait plus de prise en charge en psychomotricité, mettait en cause ses compétences, demandait des bilans pour tous les nouveaux enfants (ce qu'elle traduit par « mon agenda violé ») alors qu'elle n'avait plus qu'un enfant par semaine en prise en charge.

En mars 2007, je demande à visiter les locaux du SESSAD et à assister aux réunions hebdomadaires du vendredi. Le directeur me fait part du refus de la direction générale de l'association de gestion : interdiction d'assister aux réunions cliniques, refus du pédopsychiatre qui s'appuie sur le secret médical concernant les dossiers des enfants.

Après la visite des locaux, je rencontre le directeur, m'étonne du refus de la direction car le secret médical s'impose au médecin du travail comme à tout médecin, j'alerte sur les risques psychosociaux, sur la multiplicité des visites spontanées demandées par les salariés, sur les atteintes à la santé, sur l'évolution de l'organisation du travail.

Je rencontre également le D^r PEDOPSY, médecin pédopsychiatre, affable, on est « entre confrères », mais il se sent attaqué. Ma demande de participer à la réunion clinique l'a mis dans « une position paranoïaque » dit-il. Il est en difficulté avec certains intervenants, comme l'orthophoniste « qui se placardise, ne voit que deux enfants par semaine et amène du travail personnel ». Il pense que tout le monde doit faire un travail sur soi, que chacun est responsable de ce qui lui arrive, et que le travail ne joue aucun rôle sur la santé ou sur la dégradation de la santé. Discussion impossible, je ne peux que dire que son point de vue est celui d'un psychiatre mais que la loi a confié au médecin du travail une mission et un autre point de vue sur les atteintes à la santé liées au travail.

En avril 2007, visite spontanée de M^{me} R..., 50 ans, psychologue clinicienne à temps partiel au SESSAD du Valjoli, et pour l'autre mi-temps dans une structure d'accueil pour handicapés adultes. Elle est en difficultés dans son travail, pas dans son activité clinique auprès des enfants, mais dans son activité au sein de l'équipe interdisciplinaire. Sa collègue psychologue est partie début 2007 et depuis c'est elle qui « se trouve

dans le collimateur, se sent harcelée par le pédopsychiatre ». Dans les réunions cliniques, hors présence du directeur, quand elle évoque des difficultés rencontrées auprès d'un enfant, le pédopsychiatre lui reproche son incompetence. Dans une autre situation, comme elle n'a pas évoqué de problèmes en réunion interdisciplinaire, le psychiatre a décidé d'arrêter la prise en charge de l'enfant contre son avis. Lors de la dernière réunion clinique, elle s'est sentie « carrément dépecée, très seule, tout le monde est pétrifié ». Entre psychologues, elles se soutiennent, elles préparent la réunion pour élaborer, décider de ce qu'elles vont dire : « *On a du mal à attraper l'essence du travail, on est noyé, on mélange tout, alors on fait attention à en dire le moins possible aux réunions cliniques.* » Elle était tellement mal à l'aise qu'avec sa collègue psychologue elles ont demandé à rencontrer le directeur, mais dit-elle : « *Il ne se prononce pas.* »

La nouvelle organisation liée au décret mentionne : « *l'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre qui en coordonne les actions. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un médecin* ». La circulaire précise : « *les éclairages spécifiques apportés par le psychiatre et le psychologue, à l'occasion des réunions d'actualisation de projet personnalisé ou des réunions de synthèse sur la dynamique évolutive de chaque jeune, représentent une contribution essentielle à la prise en charge en ITEP... Le psychiatre et le psychologue faciliteront la compréhension des aspects psychodynamiques... Au sein du pôle thérapeutique, en référence au projet institutionnel, les psychomotriciens, orthophonistes, médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, etc. interviennent selon des modalités propres à leurs spécificités, en lien avec les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire* ».

Le médecin du travail essaie de comprendre en quoi la loi a changé la place du pédopsychiatre au sein des équipes, mais aussi dans quel contexte médico-psychologique on aborde aujourd'hui la prise en charge de ces enfants.

Pour M^{me} R..., il y a un désaccord avec le pédopsychiatre sur l'activité de travail, sur la prise en charge des enfants. Il défend une conception de la protection de l'enfance, dans laquelle l'enfant est orphelin, les parents sont toxiques. Mais pour elles, psychologues, thérapeutes, ce sont des familles en difficultés de parentalité. M^{me} R... a tout fait pour être présente, ne pas laisser le pédopsychiatre seul avec les familles, mais elle ne peut plus supporter qu'on « brutalise » les familles.

Cette question de la parentalité semble au cœur des difficultés rencontrées par l'équipe interdisciplinaire. Les nouveaux textes insistent sur la nécessité d'impliquer les parents, ce qui doit être une composante essentielle de la mission de l'ITEP. Les travaux de nombreux cliniciens incitent à développer des actions de soutien à la parentalité, mais d'autres se montrent très critiques à l'égard de ce qu'ils appellent l'idéologie du lien avec pour objectif le maintien à tout prix de l'enfant dans sa famille. Il faudrait former les professionnels à reconnaître ces pathologies de la parentalité. Pour bien traiter les enfants, les professionnels doivent se bien-traiter entre eux et ceci nécessite de prendre en compte les signes de souffrance des professionnels, de mettre en place des formations et des dispositifs de supervision.

En mai 2007, j'adresse au directeur du Valjoli la lettre suivante :

« *Dans le cadre de la surveillance médicale du travail des salariés, j'ai visité les locaux du SESSAD et lors de notre entretien je vous ai alerté sur les risques d'atteinte à la santé dans le contexte actuel de l'organisation du travail médico-éducatif au SESSAD. Je vous remercie de l'attention que vous m'avez accordée et je vous confirme par écrit les éléments de cette rencontre. Étant donné le refus que l'association de gestion avait opposé à ma demande de participation en tant qu'observateur aux réunions cliniques de l'équipe interdisciplinaire, j'adresse également un double de ce rapport au directeur général. Enfin puisque l'établissement n'a pas d'obligation réglementaire en ce qui concerne le CHSCT et que l'évaluation des risques ne peut pas être présentée devant cette instance, un double de ce rapport sera joint au dossier médical de chaque salarié.*

Rapport médical / Évaluation des risques professionnels / Année 2006-2007

La mise en place d'un projet d'établissement mettant l'accent sur la reconnaissance des compétences spécifiques du soin et de l'éducation en les inscrivant dans une politique de pluridisciplinarité et dans le cadre du décret du 6 janvier 2005 a ouvert des possibilités d'investissement dans l'activité de travail pour les salariés du Valjoli et du SESSAD, mais il a aussi mis en évidence des dysfonctionnements de l'organisation du travail, des résistances au changement, des difficultés à la mise en place de la pluridisciplinarité et des conflits d'ordre éthique dans des métiers du soin et de l'éducation.

Ces problèmes d'activité de travail ne sont pas sans retentissement sur la santé des salariés. Depuis deux

ans j'ai reçu en consultation spontanée, à leur demande, à plusieurs reprises, des salariés affectés à des secteurs différents, à des postes différents, qui présentaient tous des signes d'altération de leur santé en relation avec leur activité de travail. C'est ma mission de médecin du travail, dans le cadre de l'évaluation des risques, de rendre compte des évolutions des organisations du travail en relation avec la dynamique de construction ou de perte de la santé et d'alerter les directions sur les risques d'atteintes à la santé des salariés en lien avec l'organisation du travail.

J'aurai aimé mieux comprendre l'activité de travail en assistant comme observateur aux différentes réunions de travail des salariés, comme je le fais par exemple dans les hôpitaux en participant aux relèves avec les médecins, les psychologues, les kinés et l'ensemble du personnel soignant. Cela m'a été refusé.

J'essayerai donc, à partir des difficultés décrites par les salariés lors des consultations, de mettre en évidence les éléments de l'organisation du travail susceptibles de porter atteinte à la santé des salariés, en particulier en ce qui concerne l'équipe médico-psychologique, le personnel éducatif et les maitresses de maison.

1 – L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL DE L'ÉQUIPE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE INTERDISCIPLINAIRE

D'après le décret du 6 janvier 2005, qui m'a été transmis par l'établissement, le directeur doit veiller au respect d'une approche interdisciplinaire du travail en équipe et il est, à ce titre garant de la cohésion de l'équipe interdisciplinaire animée par le médecin psychiatre.

Or ces dernières années, plusieurs salariés de cette équipe médicale, paramédicale et psychologique ont été confrontés à des difficultés majeures au sein de l'institution, à Valjoli et au SESSAD. Deux psychologues ont été déclarées inaptes à leur travail en 2005, inaptitude médicale en lien avec des pathologies non professionnelles, mais dans un contexte professionnel si difficile qu'il ne permettait pas le maintien dans l'emploi. Plusieurs démissions ont eu lieu. Plusieurs salariés m'ont fait part, lors des visites médicales, du retentissement sur leur santé des conditions de travail dans les réunions, c'est-à-dire de manifestations anxio-dépressives inhabituelles liées aux réunions : sommeil perturbé, douleurs digestives, difficultés inhabituelles à prendre la parole, sentiment d'atteinte à la dignité de chaque salarié.

Plusieurs points méritent d'être soulignés :

Ce n'est pas l'activité clinique, le cœur de chaque métier (orthophoniste, psychomotricienne, psycho-

logue clinique, éducateurs) qui pose problème. Il ne s'agit pas d'usure professionnelle, ni de syndrome de burn-out. Toutes ces personnes professionnelles sont insérées dans d'autres structures institutionnelles ou libérales, elles bénéficient de formation continue et du soutien collectif de pairs, et sont investies dans leur travail.

Ce qui semble poser problème c'est la cohésion de l'équipe interdisciplinaire au cours des différentes réunions : réunion clinique, réunion d'harmonisation, réunion institutionnelle. Les salariés ont le sentiment d'être systématiquement placés dans une situation infantilissante ou d'être niés dans leur compétence professionnelle. Le discours institutionnel sur la nécessité du changement semble véhiculer une suspicion d'insuffisance. Chacun est invité implicitement, réunion après réunion, à douter de la qualité et de la pertinence de son travail. Ce qui pourrait être une saine remise en cause de l'activité se transforme en une impossibilité de parler des pratiques, et augmente encore la vulnérabilité des salariés. Les salariés ont le sentiment qu'on met en cause leur compétence, et donc il n'y a pas d'échange possible, la parole est interdite, confisquée.

Les réunions cliniques de l'équipe interdisciplinaire médico-psychologique, telles qu'elles se déroulent actuellement, mettent les salariés en difficultés sur le plan professionnel. En effet le cadre et le contenu technique et clinique semblent porter à confusion : Il s'agit visiblement d'une réunion technique où sont reprises les situations médicales des enfants et où sont établies des axes de soins et des prescriptions. Là où se prennent des décisions de soins, le pouvoir de prescription du travail a un effet concret sur les pratiques, il peut réduire les thérapeutes à une position d'exécutants (et à une dévalorisation insidieuse de leurs pratiques), mais il peut aussi entraîner une sous-activité pour certains professionnels, inquiets alors du devenir de leur emploi. Cette insécurité fragilise les professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

Mais il s'agit aussi d'une réunion clinique où des questions de méthode et d'éthique professionnelle peuvent se poser aux thérapeutes (quelle place donne-t-on aux familles par exemple?), or il n'y a pas d'élaboration possible. Étant donnée la fonction d'animation et de coordination du médecin psychiatre dans cette réunion, il y a une réelle difficulté à mettre en place une réflexion collective, toute prise de parole devient risquée, et les salariés ont le sentiment d'être harcelés ou d'être témoins

du harcèlement d'un autre collègue, « chacun pouvant être dans le collimateur à son tour ».

Dans cette situation difficile à vivre pour tous, il est urgent de réaffirmer la compétence de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire et la sécurité de l'emploi qu'il occupe afin que plus personne n'arrive aux réunions la peur au ventre ou la boule à l'estomac. Il me semble qu'une prise en charge médicale et éducative ne peut être légitime que dans une certaine sérénité partagée et une confiance à travailler en équipe.

2 – LES MAITRESSES DE MAISON

3 – L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE »

En juin, je reçois une réponse du directeur général :

« Madame le Docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé copie de votre correspondance de mai dernier. Cette dernière a retenu toute mon attention. La description que vous faites de la santé des travailleurs de cet établissement est à la fois alarmante et rassurante. Je me suis rendu à de nombreuses reprises sur les lieux et je n'ai pas perçu, malgré de nombreux et répétés contacts avec des salariés de tous niveaux, la « tension » dont vous décrivez les conséquences. Certes, ma position hiérarchique peut « filtrer » les émotions mais ma formation universitaire d'ergonome me permet, mieux que d'autres, d'apprécier et évaluer ces tensions.

J'ai participé à des réunions de travail tant à l'ITEP qu'au SESSAD sur des sujets de ma compétence, et j'ai pu apprécier des professionnels intéressés à leur travail et très soucieux de l'évolution de leurs pratiques comme de leur établissement dans le cadre d'un référentiel éducatif inscrit au projet d'établissement approuvé.

Il existe des résistances au changement. Il appartient aux cadres, directeur et directeur général en tête, d'accompagner par un management adapté comme par une formation structurante ces changements qui sont la traduction, in vivo, des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Je sais qu'en la personne du directeur comme en ma personne, vous trouverez, à votre tour, une oreille et une action attentive afin de faire en sorte que nos salariés poursuivent leur adaptation aux changements institutionnels. Je suis tout à fait disposé et très intéressé pour vous recevoir, avec M. F..., afin de mieux percevoir et intégrer vos recommandations.

Le directeur général »

Suite à ce courrier, je rencontre en octobre le directeur et le directeur général. Mais cette rencontre aura

la même teneur que la lettre, la direction générale apportant son soutien au directeur dans son activité de manager, le directeur soutient le médecin psychiatre dans son rôle d'animateur de l'équipe interdisciplinaire. Ils sont informés de la démarche du D^r PEDOPSY à mon encounter auprès de l'Ordre des médecins.

Quelques jours plus tard, la rencontre de conciliation a lieu à l'Ordre des médecins en présence de deux conseillers. Le D^r PEDOPSY se dit atteint dans son honneur et mis en accusation par mon rapport. Le D^r H1..., conseiller très âgé, qui n'a sans doute jamais rencontré un médecin du travail, me fait la morale : « *Mais enfin, Madame, vous ne vous rendez pas compte, un rapport comme celui-ci ne fait que mettre de l'huile sur le feu, vous n'apportez pas d'aide à la direction...* ». Le D^r H2..., visiblement en activité de médecin généraliste, par contre, comprend bien la nécessité de ce rapport, mais son statut de conseiller le conduit à insister sur l'atteinte à la confraternité vis-à-vis du D^r PEDOPSY.

Ma position est la suivante : « *Je suis venue dans l'idée d'obtenir une conciliation, la question de la confraternité n'est pas une affaire privée, je rappelle que ma responsabilité professionnelle me met dans l'obligation d'alerter, et d'en faire une affaire publique. Après avoir rencontré les salariés, le directeur, le D^r PEDOPSY, je me devais de prendre une position par écrit. On peut enlever le terme psychiatre dans ce rapport, mais étant donné la structure relativement petite, tout le monde sait qui anime l'équipe interdisciplinaire. Vous pouvez critiquer les formes, ne pas être d'accord, mais je ne peux pas échapper à ma responsabilité de médecin du travail qui me demande de rendre compte de la santé des salariés. Par ailleurs je ne peux pas échapper aux exigences de la confraternité. Mais le compromis n'est pas facile, d'autant plus que dans sa position de prescripteur de travail, le D^r PEDOPSY n'est plus pour moi dans une simple confraternité, ce n'est pas son activité de psychiatre que je mets en cause, mais son activité de manager. Quelles solutions proposez-vous ?* »

Évidemment ils n'avaient pas de solution. J'ai accepté dans la lettre de conciliation de « retirer le rapport mis en cause et de présenter un nouveau rapport où ne serait pas mis directement en cause le D^r PEDOPSY ». Le rapport est ainsi modifié :

« (...) la parole est interdite, confisquée. Les salariés de l'équipe médico-psychologique se sentent en difficultés dans les réunions cliniques telles qu'elles se déroulent actuellement. Certains professionnels constatent une baisse de leur activité, ils sont inquiets pour le devenir de leur emploi, et cette insécurité les fragilise au sein de l'équipe interdisciplinaire. L'organisation du travail telle qu'elle est vécue par les salariés porte

atteinte à leur santé physique et psychique, et même compromet leur avenir professionnel. Dans cette situation difficile à vivre pour tous (...) »

Pourquoi revenir sur cette histoire ? Il n'y a pas de quoi être fière, pas de quoi avoir honte non plus. Notre engagement subjectif dans le travail a pour chacun de nous des limites. Mais témoigner de cette expérience m'a semblé nécessaire : être jugée sur un écrit par des médecins qui ignorent complètement notre métier, ceci au nom de la confraternité, c'est une situation qu'il vaut mieux partager avec d'autres, penser avec d'autres

À quoi sert l'écrit en médecine du travail ? Informer les salariés ? Identifier les risques ? Attester du lien santé-travail ? Assurer une traçabilité ? Faire valoir les droits du salarié ? Peut-il avoir une valeur thérapeutique ? Doit-il mettre en évidence la dispute professionnelle ?