



Extract of PSYCHOLOGUESENRESISTANCE

<http://www.psychologuesenresistance.org/spip.php?article501>

# Service public productiviste

- L'ACTUALITE -

Publication date: samedi 20 octobre 2012

---

Copyright © PSYCHOLOGUESENRESISTANCE - Tous droits réservés

---

La qualité, c'est terminé ...

[« La qualité c'est terminé » ou la disparition d'une Consultation-Médico-Psychologique.](#)

Ceci est un témoignage sur une consultation médico psychologique démantelée par des méthodes de « management » productivistes. C'est devenu un blog. J'attends vos commentaires et vos témoignages pour évaluer l'ampleur de ce phénomène. Les artisans de la productivité sont toujours en action, même si le discours politique a (heureusement) changé. Bonne lecture, et bons commentaires. A vous lire

J'ai pris ma retraite en septembre 2010 à 63 ans. J'étais psychologue dans une des consultations-médico-psychologiques (CMP) du service de pédo-psychiatrie d'un Centre Hospitalier, hôpital général situé dans une ville de banlieue.

Ce service recouvrait depuis 1974 un secteur de pédo-psychiatrie composé, en-dehors des activités centrées sur l'hôpital, d'un hôpital de jour et de 4 consultations médico-psychologiques extra-hospitalières (CMP), consultations situées dans des villes voisines faisant partie du secteur.

« Un secteur de pédo-psychiatrie constitue l'aire fonctionnelle d'intervention d'une équipe soignante dans le domaine de la santé mentale pour la population âgée de moins de 16 ans. Le territoire national a été largement sectorisé dans les années 1970 (...). Les secteurs de psychiatrie représentent le mode d'organisation privilégié pour rendre facilement accessible et offrir à la population une gamme de prestations diversifiées en termes de prévention, de diagnostic, de soin et de réinsertion. Ils constituent également les aires de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec les partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale. » (définition INSEE).

En septembre 2006, quand notre nouveau chef du service de pédo-psychiatrie annonça « la qualité c'est terminé » il ne s'agissait pas comme nous l'avions pensé alors d'une critique de la situation, c'était l'annonce d'un programme. Celui d'une déstructuration-destruction méthodique de tout le fonctionnement du service de pédo-psychiatrie qui s'est opérée avec le soutien de la hiérarchie représentée par le pôle de psychiatrie et santé mentale (regroupant les services de psychiatrie adulte et de pédo-psychiatrie) et la bénédiction de l'administration de l'hôpital.

Dès 2006, anticipant la loi HPST (réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires) qui sera votée trois ans plus tard en juillet 2009, « la nouvelle gouvernance », représentée par notre chef de service de pédo-psychiatrie, sous la tutelle du chef du pôle psychiatrie et santé mentale, chacun assisté d'un cadre de santé (anciens infirmiers formés aux techniques de management), est partie à l'attaque d'un travail d'équipe que plus de trente ans de travail et de réflexion partagés avaient su créer. Toujours par anticipation, furent appliquées à partir de 2007 dans notre service, sans transition et sans concertation, les modalités de fonctionnement correspondant à la tarification à l'acte (T2A), mode de financement des établissements de santé qui ne s'appliquait pas alors à la psychiatrie. En 2009, la loi HPST va créer les agences régionales de santé (ARS) qui recouvrent un territoire régional. Sur ce territoire, beaucoup plus vaste qu'un territoire de secteur, les ARS ont aujourd'hui supprimé les secteurs de pédo-psychiatrie.

Au prétexte de modernisation et de rentabilité, s'est opéré, avec le démantèlement de notre secteur de pédopsychiatrie, le démantèlement d'une politique locale de soins, de liens profonds et opérationnels avec les institutions et tous nos partenaires des professions de l'enfance et de l'adolescence.

En 2006, 42 professionnels travaillaient dans les structures extra-hospitalières du service depuis en moyenne une dizaine d'années ; il en restait 10 en septembre 2010 : « downsizing » en langage management dont notre nouveau

chef de service, avant d'aborder ses fonctions, avait suivi une formation. Les nouvelles directives nous furent transmises dans un jargon impressionnant, bourré de sigles, de chiffres, de statistiques, d'anglicismes : coach, feed-back , leadership, packaging, low cost, burn out, timing, challenge, benchmarking... ou d'épithètes ronflantes : l'écoute active, le questionnement efficient, bilans d'efficacité, missions de réussite d'objectifs, personne-ressource, finalisation des terminologies, culture du résultat, trajectoire de soins, traçabilité.....

La ville de banlieue où se trouvait notre CMP compte 25000 habitants. Une moyenne annuelle de trois cents à trois cent cinquante enfants ou adolescents de la ville et leur famille était suivie dans notre consultation. Adressés essentiellement par les psychologues ou les médecins scolaires, les médecins en cabinet libéral, les crèches, les services sociaux, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la Protection Judiciaire de la Jeunesse..., les parents faisaient une demande de rendez-vous. Les consultations étaient gratuites. C'était « un service public ».

Il fut un temps, pas si lointain, où l'équipe comptait deux médecins pédo-psychiatres, trois psychologues, deux orthophonistes, une assistante sociale, une secrétaire (la plupart à temps partiel) et un stagiaire étudiant en psychologie, nouveau chaque année. En mars 2011, il ne restait en tout et pour tout dans l'équipe que deux psychologues dont l'un avait été, depuis 2006, délocalisé à trois reprises d'une ville à une autre.

Nous avons avec le temps ajusté le fonctionnement de notre équipe au plus près de la réalité de l'environnement.

La secrétaire recevait les demandes des familles par téléphone ou des parents se déplaçaient et, lors de la réunion hebdomadaire d'équipe, chaque nouvelle demande était abordée. Nous avons pour principe d'y répondre au plus vite et de proposer aux familles un rendez-vous dans les deux semaines. Nos réunions étaient aussi un temps de réflexion à la lumière des spécialités professionnelles de chacun, un lieu de décision, un lieu d'élaboration des soins au service de chaque patient, et nous y recevions également des collègues d'autres institutions pour parler d'enfants dont nous partagions le suivi ou qu'ils souhaitaient nous adresser.

Les enfants étaient ensuite reçus par un pédo-psychiatre ou un psychologue.

Moment essentiel que ces premiers entretiens, quand l'enfant ou l'adolescent et sa famille rencontrent pour la première fois un thérapeute. Il s'agit d'accueillir et d'écouter leur histoire, d'entendre et évaluer des symptômes pouvant recouvrir des pathologies diverses, pathologies réactionnelles ou troubles du comportement plus graves ; de considérer la suite à donner à cette première rencontre, en proposant un suivi et/ou une orientation vers un autre spécialiste pour un bilan spécifique ou vers une autre structure mieux adaptée aux problèmes rencontrés par l'enfant. Nous étions alors engagés dans un accompagnement qui s'inscrivait, selon les cas, dans une plus ou moins longue durée.

Nous avons adapté nos consultations, faisant évoluer l'offre en fonction des demandes qui ne furent pas les mêmes suivant les époques. Par exemple, nous avons organisé depuis plus de dix ans, pour rencontrer les parents qui travaillaient, des consultations en soirée chaque soir de la semaine.

Nous avons mis en place également depuis 2002 une consultation ouverte le samedi matin pour répondre au problème spécifique d'adolescents en difficulté, en recevant sans qu'ils aient pris rendez-vous, les parents qui s'inquiétaient et souhaitaient rencontrer rapidement un psychologue pour parler de leurs enfants.

Bien implantée sur la ville, notre consultation avait établi des liens approfondis avec les nombreux professionnels de l'enfance. C'est ainsi que les médecins et psychologues des crèches, des écoles, alertés par le comportement inquiétant d'un bébé ou d'un jeune enfant, dirigeaient leur famille vers notre consultation, qu'un dépistage précoce permettait de prendre en charge au plus tôt. Nous pouvions rencontrer rapidement, dans des moments de crise, des

adolescents adressés par les médecins scolaires ou les assistantes sociales et infirmières de collège et, dans un lien thérapeutique, proposer une aide à ces jeunes pour exprimer leur souffrance autrement que par l'absentéisme, l'échec scolaire ou des passages à l'acte tentatives de suicide, fugues, comportements violents ou prédélinquants... Nous pouvions saisir ce temps « favorable » quand s'exprime le mal-être et que l'enfant, l'adolescent et la famille demandent de l'aide pour donner du sens à des conduites d'effondrement ou de transgression. Parmi nos activités, nous suivions des enfants souffrant parfois de graves pathologies mais nous avons pu aussi faire ce travail de prévention dans lequel l'enfant ou l'adolescent et sa famille s'impliquaient dans un désir de changement.

Nous étions loin de la prévention sécuritaire et stigmatisante dont il est question aujourd'hui, consistant à tester des enfants de deux ans pour détecter le gène de la délinquance.

Le 22 novembre 2007 lors de la « Réunion de pôle » (la seule ayant eu lieu en quatre ans) qui réunissait la direction médicale et administrative des services de psychiatrie adulte et de pédo-psychiatrie et l'ensemble des équipes de ces services, les interventions de notre chef de pôle et celle du directeur référent du pôle, par ailleurs DRH de l'hôpital, nous informaient de la situation et énonçaient menaces et objectifs.

Après cette réunion, menaçant de disparition tout ce qui n'était pas assez rentable (alors que dans les textes officiels la tarification à l'acte (T2A) ne s'appliquait pas encore à la psychiatrie), nous avons exprimé notre inquiétude de l'éventuelle fermeture de notre consultation. Nous avons alors été rassurés et à l'occasion qualifiés « d'équipe performante » au vu des résultats chiffrés de nos évaluations ; et même si nous avons déjà affaire à des techniques de management agressives et inquiétantes responsables de quelques départs, nous avons poursuivi nos efforts soutenus par notre investissement et notre désir de travailler. La fermeture de notre consultation était pourtant programmée.

Ces techniques de management ont inspiré les auteurs d'un nouveau jeu « Plan Social » qui remporte un succès dérangeant : « le joueur qui se débarrasse le plus vite de sa masse salariale remporte la partie ». (Sébastien Billard « Apprenez à licencier dans la bonne humeur » Le Monde 19/02/2011)

Pendant 20 ans nous avons essentiellement utilisé le temps des réunions au travail clinique. A partir de 2006, les impératifs de gestion ont envahi ces temps de réflexion.

La « réorganisation » du service s'est mise en place sans qu'à aucun moment l'avis de ceux qui étaient sur le terrain n'ait été sollicité. Nous étions informés des objectifs budgétaires à atteindre, non des projets de réorganisation du service pour réaliser ces objectifs. Ce furent des méthodes à la fois insidieuses et autoritaires, menées sans concertation avec le personnel, imposant d'en haut de nouveaux modes de fonctionnement allant à l'encontre de l'essence même de notre travail.

Ces mesures ont été appliquées à l'hôpital qui devenait une entreprise de production comme une autre. Et le personnel soignant a dû supporter l'écart entre deux conceptions, celle de l'accueil de la souffrance et de la maladie qui est au cœur même de sa fonction et celle de la rentabilité dans laquelle il a dû fonctionner. Il est regrettable de ne pas avoir associé les praticiens aux réflexions sur les modalités d'un changement qu'ils savaient nécessaire, mais de les avoir ravalés à une donnée comptable en les instrumentalisant par des techniques qui les ont objectivés et dépossédés de tout moyen d'intervenir dans le processus en cours.

Ont été appliquées à notre service ces mêmes techniques de management largement diffusées au grand public par les médias, comme cela s'est fait entendre pour France Télécom.

Le budget et la sécurité sont devenus les deux maîtres mots de la « réorganisation » du service pour qu'il passe d'un lieu de soin à un lieu de gestion et de rentabilité du patient par le soin.

Et c'est sur le mode d'une autorité de fait, indépendamment de toute considération du respect des personnes et du mérite, qu'il a fallu changer l'organisation du travail de la consultation :

- ▶ Dès 2007, sous prétexte de sécurité par rapport aux horaires (alors que nous avons proposé des moyens de protection simples et à moindre coût), nous avons dû supprimer nos consultations du soir et celles du samedi matin, pénalisant ainsi les usagers que ce soit du fait de leurs horaires de travail, de leurs moyens de transport, de leurs conditions familiales...
- ▶ La même année, au motif qu'« un stagiaire ce n'est pas rentable » il nous a été imposé de mettre un terme à une part importante de notre travail, celle de formation et de transmission que nous menions chaque année depuis plus de dix ans avec un stagiaire étudiant en psychologie. Dans notre équipe, le stagiaire assurait en particulier, sous notre contrôle, un suivi de soutien scolaire auprès d'enfants ou d'adolescents qui, dans le cadre de leur thérapie ou de leur rééducation, avaient besoin d'un lieu de médiation entre l'école et leur travail clinique, pour les aider à reprendre pied dans une scolarité mise à mal par leur souffrance psychique.
- ▶ En 2008, l'interdiction, justifiée par le fait que nous n'étions pas payés par l'Education Nationale, de continuer à nous rendre aux réunions éducatives dans les écoles concernant les enfants suivis par notre consultation, a constitué un obstacle majeur au travail avec nos partenaires habituels de l'Education Nationale.
- ▶ Mises à mal de relations professionnelles tenues de longue date, par des injonctions de ne plus travailler avec telle personne, telle institution ou tel service, ou, en tant que psychologue, de ne plus travailler avec les médecins : « les médecins parlent aux médecins », dépréciant au passage nos partenaires de terrain « ce n'est pas utile d'être en loco-local, il faut voir les directeurs et les inspecteurs ».
- ▶ A partir de 2008, s'est mis en place un contrôle de la communication avec nos patients et nos partenaires par, d'une part, la suppression du budget des timbres pour notre courrier et, dans le même temps, par la suppression de la réception dans notre consultation des appels téléphoniques, délocalisés sur le secrétariat central de notre chef, celui-ci contrôlant éventuellement nos contacts et, à l'occasion, prenant un appel qui nous était adressé. Cette centralisation des appels, source d'ingérence dans le travail clinique, a pu mettre à mal la confiance basée sur le secret professionnel nécessaire à notre engagement auprès de nos patients.
- ▶ Au nom de « la traçabilité » et « des indicateurs d'activité », il nous a été demandé, dès 2008, de « tout écrire » dans les dossiers, le contenu intégral des entretiens, l'heure exacte de chaque contact, rendez-vous, communications téléphoniques, « à la minute près ». « Si on voit un enfant à 14h05 et qu'il lui arrive quelque chose à 15h30 il faut une traçabilité ». Vision juridique et économique : le but n'est plus alors de soigner mais de justifier les soins et de fonctionner par rapport aux risques comme une compagnie d'assurances.
- ▶ Enfin, en 2009, l'exigence d'une ordonnance médicale pour recevoir les enfants a mis un terme aux orientations d'enfants en difficulté vers nos services par des partenaires non médecins (crèche, école, services sociaux, justice...).
- ▶ Cette même année, ordre nous a été donné d'abandonner parmi nos activités celle de prévention : « tout suivi psychologique sans pathologie mentale avérée est exclu » (c'est-à-dire conditionner le suivi d'un enfant à une pathologie référée à un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

Ont été alors élaborés, pour remplacer les premiers entretiens des enfants et leur famille avec un pédo-psychiatre ou un psychologue, des questionnaires standardisés remplis par une IOA (infirmière organisatrice du travail) pour déterminer, après le décodage du questionnaire, si les symptômes de l'enfant entraient dans la catégorie d'une « pathologie mentale avérée » pour qu'il puisse être reçu ou non en consultation.

- Pour donner une suite logique à cet aspect technique, qui donne l'illusion du savoir et peut produire une impression rassurante, furent valorisées alors des pratiques de spécialisation : « parentologie », « victimologie »...donnant lieu à une critique méprisante de la pratique des psychologues ayant construit leur carrière et leur expérience en accueillant toutes les pathologies : « mais ça, tout le monde sait le faire ».

L'évaluation, la codification et le contrôle, ont pris la place du savoir et de l'expérience.

Le « benchmarking » a fait son entrée dans notre vocabulaire. C'est une technique de marketing consistant en un processus constant de recherche et d'analyse comparative, pour améliorer la performance d'une organisation. Par ces techniques et dans une obsession de contrôle, il s'agit de tout transformer en chiffres et statistiques pour établir des comparaisons : « Sur les 0-6 ans on est les fers de lance, on est les plus performants ! On est les meilleurs ! ».

Dans la logique de la tarification à l'acte (T2A) nous avons dû remplir chaque semaine à partir de 2007 des grilles d'évaluation codifiant nos activités. Selon les critères d'évaluation, les seules activités reconnues ont été les actes de consultation. Les temps de réunion d'équipe, l'étude des dossiers, tout le travail indispensable à faire en amont avec nos partenaires par des rencontres ou des appels téléphoniques n'ont pas été comptabilisés dans les statistiques.

Le travail de prévention, lui non plus, n'a pas été retenu dans les critères d'évaluation. Car, à la différence d'un traitement médical, d'un protocole de tests ou du « timing » d'une consultation qu'on peut évaluer à court terme en temps et en budget, la prévention repose sur un temps d'élaboration subjective dont la durée est particulière à chacun.

Ne sont donc pas rentrés dans les statistiques les économies budgétaires, pour le coup inestimables, réalisées à long terme par ce travail de prévention que nous avons pu mener depuis la création de notre consultation : levée des symptômes, rescolarisation d'enfants, d'adolescents, dialogue retrouvé dans les familles ...Et, dans le contexte institutionnel dans lequel nous étions plongés, la stricte codification qui nous était imposée sans que nous sachions l'usage qui était fait de ces chiffres aurait nécessité un climat de confiance définitivement absent du cadre de cette nouvelle gouvernance.

« redéploiement », « flexibilité », « mobilité » ont abouti à la non-continuité des soins

Les 4 Consultations du secteur, situées dans des villes différentes et ayant chacune un fonctionnement local et autonome, furent engagées dès 2007, par la nouvelle direction, dans des projets différents sans que les équipes n'aient été tenues au courant : spécialisations dans des tranches d'âge ou de pathologies des enfants, départ de certaines catégories de personnel ou fermeture de la consultation. Les équipes furent prises pour cible, l'une après l'autre, l'opération se déroulant à deux niveaux :

- les équipes dans leur ensemble subirent des réorganisations d'ordre général et firent l'objet de contrôles permanents comme, par exemple, le ramassage des agendas de rendez-vous pendant le week-end ;
- au niveau individuel, chaque agent qu'on souhaitait délocaliser ou voir partir fut entrepris personnellement (voir à ce propos le guide utilisé par les cabinets de consulting en management : « Guide pratique d'accompagnement d'un

collaborateur en processus de changement », avec sa courbe des « Phases du deuil : annonce, refus de comprendre, résistance, décompression, résignation, intégration », définies par des points repérés sur un graphique. Cité par Matthieu Magnaudeix, « Comment FranceTélécom a formé ses cadres à l'art du dégraissage », Médiapart 21/09/09).

Ceux qui tentèrent de résister à quitter leur poste, refusant d'abandonner le travail dans lequel ils étaient engagés auprès de leurs patients, subirent personnellement des pressions incessantes. Dévalorisation de leur travail, pressions sous-tendus par des menaces, manipulations, intimidations, brimades, ingérences dans leur vie privée, allant même jusqu'à faire écrire par l'agent lui-même sa propre demande de délocalisation du poste qu'il ne voulait pas quitter.

Notre équipe a fait office, à partir de 2008, de sas de décompression, c'est-à-dire de lieu d'accueil « sécurisé » pour des collègues délocalisés d'autres consultations contre leur gré. Nous avons alors rencontré des collègues meurtris par la déqualification dont ils étaient l'objet, épuisés, humiliés par la non-reconnaissance de leur identité professionnelle alors qu'ils occupaient leur poste depuis des années, souffrant moralement de la séparation d'avec leur lieu de travail, d'avec leurs patients, séparation leur ayant été imposée arbitrairement et responsable d'une rupture des soins dans lesquels ils s'étaient engagés auprès de leurs patients, ceci aboutissant à un transfert des responsabilités sur eux d'une décision dont ils n'étaient pas les auteurs.

Tant que nous ne manifestions pas d'opposition, les relations avec notre hiérarchie pouvaient paraître presque normales, sinon, c'était un déchaînement de brutalité et d'autoritarisme.

Tout dialogue s'étant révélé impossible dans ce contexte planifié de codes et de chiffres (nous étions nommés éventuellement par notre temps de travail : « 0,8 » une collègue travaillant à 80%), il a fallu tenir compte de ces violentes variations d'humeur. Mais soutenus par notre investissement thérapeutique auprès des patients, par la cohésion de notre équipe ainsi que par la formation et des séances de réflexion clinique qu'un certain nombre parmi nous faisions à l'extérieur, à nos frais, nous avons essayé de protéger notre engagement professionnel.

Dans ce climat délétère, il a fallu :

- ▶ faire face aux injonctions paradoxales, comme par exemple être complimentés pour le nombre de consultations que nous réalisons : « vous êtes performants » et dans le même temps voir organisée l'orientation des demandes vers des intervenants extérieurs. Egalement, après nous avoir imposé la suppression de nos consultations du soir nous entendre nous l'être reprochée : « le secteur n'est pas performant sur les soirées » ;
- ▶ supporter la dévalorisation de nos réunions d'équipe : « c'est moins sympa de remplir un questionnaire que d'être à la CMP en buvant un café en se regardant » ;
- ▶ endurer le dénigrement de notre travail : « On n'en a rien à faire de ce que le psychologue pense du divorce, du truc, du machin. Il faut un système de cochage. C'est un back-ground collectif ». Nos savoir-faire étaient jugés comme des astuces folkloriques sans grand intérêt : « C'est sympa d'être psychothérapeute » ;
- ▶ résister à maintenir une frontière avec notre vie privée en ne donnant pas, malgré les pressions, nos coordonnées personnelles (numéro de portable, adresse mail...), utilisées quand elles étaient connues.
- ▶ constater, prendre note, sans pouvoir réagir (au risque de déclencher inutilement des réactions violentes mettant à mal notre travail clinique), à de fausses déclarations sur ce que les uns ou les autres avions pu dire ou faire, à des

allusions et des comportements malveillants à propos de collègues, à des réflexions ignobles comme celle d'entendre notre équipe qualifiée de « mortifère » après le décès d'un collègue...

Progressivement nos conditions de travail ses sont dégradées

Dans notre équipe, la pénurie de personnel s'est rapidement fait sentir car, en même temps que le départ d'une partie de l'équipe, le nombre de nouvelles demandes de consultations ne s'est pas ralenti.

- ▶ Dès 2007, les départs du pédo-psychiatre, de l'assistante sociale, de la secrétaire...ont donné lieu à un turnover de remplaçants ;
- ▶ Pour remplacer les médecins pédo-psychiatres, ont été recrutés des médecins étrangers souvent dans une situation précaire ou des médecins non formés à la psychiatrie : dermatologue, biologiste...
- ▶ A partir de 2008, sur le poste de secrétaire, se sont succédées des jeunes femmes plus ou moins motivées, recrutées sur des critères essentiellement de restrictions budgétaires.

La secrétaire d'une CMP occupe pourtant une place essentielle. C'est elle qui reçoit les demandes, voire la souffrance des familles, et nous présente en réunion les situations pour qu'ensuite nous puissions nous désigner l'un ou l'autre et proposer une rencontre. C'est elle qui doit apprécier l'urgence d'une communication à partir des appels de parents, d'enfants, d'adolescents et quand un problème se pose, savoir alors nous joindre...C'est elle qui fait le lien entre l'équipe et nos partenaires professionnels, et hormis ce travail relationnel, assure l'ensemble des tâches administratives sur les dossiers et gère l'interface entre l'équipe et le bureau du personnel de l'hôpital.

Dans cette série de remplacements, nous avons eu la chance d'accueillir une secrétaire « délocalisée » ayant une longue expérience mais celle-ci, malmenée par un changement d'équipe imposé, a préféré quitter l'hôpital.

Autre bonne surprise en 2009, l'arrivée à ce poste de secrétaire d'une jeune femme ayant fait des études de sociologie et dont c'était le premier emploi. Motivée, elle s'est rapidement investie dans ses nouvelles fonctions et nous étions soulagés de l'adéquation de ses compétences personnelles à la spécificité du travail. Au bout de la période d'essai, elle est revenue en larmes du bureau du personnel où on lui avait signifié la fin de son engagement. Quand j'ai appelé notre chef de service pour lui dire notre déception et m'étonner qu'on n'ait donné à cette jeune femme aucune raison de cette décision, il me fut répondu : « le code du travail n'oblige pas à argumenter la fin d'une période d'essai ». Alors qu'elle travaillait avec nous à temps plein, personne n'avait estimé nécessaire de nous consulter ni même de nous informer de cette décision, ni de ses motifs.

La dernière secrétaire, partie en juin 2010, n'a pas été remplacée.

- ▶ Pour pallier, entre autres, l'absence de médecins, un psychologue a été dans chaque équipe désigné d'office « coordinateur ». Il s'agissait effectivement pour lui de coordonner les diktats administratifs, les injonctions de la hiérarchie et le fonctionnement de l'équipe sur le terrain, souvent sans lien avec la réalité du travail. Déléguer, encore une fois, à un agent la responsabilité de transmettre auprès de ses collègues des règles détruisant le fonctionnement de leur propre équipe.

Atteinte aux relations de travail

Le travail en psychiatrie nécessite un climat de confiance entre collègues et, malgré notre volonté de maintenir ce climat favorable, les nouvelles règles, la valorisation exclusive des performances individuelles au détriment du travail d'équipe, les départs et arrivées de collègues dans un turnover que nous ne maîtrisons pas eurent avec le temps des effets sur les relations de travail.

Certains nouveaux arrivants, pris d'emblée dans l'évaluation individuelle des performances, furent embarqués dans des jeux de rivalité. Le principe généralisé d'évaluation crée, et c'est là son objectif premier, de la concurrence dont le danger réside en une déstructuration des solidarités entre les salariés et, en conséquence, l'instauration d'une méfiance.

Notre hiérarchie ne se priva pas d'utiliser ces évaluations pour comparer les agents ou les équipes entre elles.

Il fallut aussi, auprès de nos jeunes collègues, secrétaires ou assistantes sociales nouvellement arrivés, rétablir dans sa pertinence et sa dignité notre fonction de soignant mise à mal par la dérision et le dénigrement.

Mise en danger du personnel et des patients

Malgré notre détermination à dépasser les obstacles et à nous convaincre que nous occupions ces postes pour exercer un métier dans lequel nous étions investis et qui répondait à un besoin et à une demande de notre société, il est arrivé un moment où cette position subjective, qui donne du sens à notre vie, a été de plus en plus difficile à articuler aux règles qui nous étaient imposées.

Il nous a fallu dépasser un temps de sidération pour prendre conscience que le processus en cours était une machine implacable à négliger soignants et patients réduits à des codes et des chiffres.

Car ces méthodes parlent un double langage : sous celui qui nous a été tenu du travailler mieux, s'est progressivement fait entendre celui, non-dit, mais renvoyé par la réalité, d'être nous-même les acteurs de la suppression d'un service public de santé.

Contraints de continuer à travailler dans une telle dégradation de nos conditions de travail, nous avons pu nous trouver dans des situations limites, face aux exigences de soin et de protection des patients.

Et même si nous avons de bons outils d'analyse, de bons outils personnels de résistance et de défense, nous étions vulnérables par notre forte implication dans notre travail et notre position éthique de ne pas céder sur notre conscience professionnelle ; et, les uns après les autres, nous sommes partis.

Quand nous avons cherché dans l'hôpital des espaces de dialogue auprès des structures ayant mission d'organiser et de protéger notre travail, nous avons pu constater :

La surdité de la hiérarchie médicale et administrative

D'autant plus sourdes que ce sont elles qui ont mis en acte la restructuration, programmé les départs, imposé les délocalisations de personnel...

En 2007, une collègue qui prenait sa retraite a fait une démarche auprès du Directeur des ressources humaines de l'hôpital pour l'informer de nos difficultés sur le terrain et du malaise du personnel. Entretien resté sans suite...

J'ai rencontré plusieurs fois notre chef de pôle de psychiatrie pour le tenir au courant de nos difficultés. En mai 2009, dans une période où nous n'avions ni médecin, ni secrétaire, ni assistante sociale, nous lui avons fait part de notre inquiétude face à cette situation, compliquée par une pénurie de timbres postaux et la délocalisation de notre ligne téléphonique rendant difficile la communication avec nos patients et nos partenaires. Le cadre de santé nous a alors répondu par l'envoi dérisoire de quelques carnets de timbres.

### L'inutilité du collège des psychologues

C'est une structure interne à l'hôpital où se retrouvent les psychologues exerçant dans les différents services. Le projet d'un collège est de regrouper les psychologues pour faire circuler les informations et réfléchir ensemble. Mais c'est une instance qui n'a aucun pouvoir et le climat de méfiance qui régnait dans l'hôpital ne se prêtait pas à un travail de réflexion libre de parole.

### Le mutisme de la médecine du travail

Le médecin du travail de l'hôpital que j'avais alerté sur notre situation a convoqué dans la foulée mes collègues. Il n'y a pas eu de réaction officielle à cette démarche, en tout cas à notre connaissance, à ce moment-là.

### La prise en compte partielle de l'action des syndicats

En 2008, c'est l'ensemble du personnel de l'hôpital qui lance un cri d'alarme sur ses conditions de travail. Les difficultés spécifiques de notre service se sont trouvées alors noyées sous le flot des plaintes et des revendications de nombreux services de l'hôpital.

Le 9 février 2009 un tract du syndicat CGT de l'hôpital nous annonçait qu'il déposait au CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) un « Droit d'alerte pour dangers graves et imminents » :

« Les représentants du personnel dénoncent à ce jour, les conséquences pour tous les personnels de notre établissement, de la mise en oeuvre inappropriée du contrat de retour à l'équilibre financier de l'hôpital.

« En effet sous prétexte de contraintes budgétaires restrictives, les mesures imposées dans les différents services se traduisent par :

« Des non remplacements de départs en retraite, et lors des congés maternité, de congés maladie...

« Des changements d'affectation de service au pied levé...

« Une pénurie de matériels pour assurer un fonctionnement d'accueil et de soins de qualité...

« Un accroissement de la charge de travail par agent

« Cela entraîne des conditions de travail déplorables et dangereuses

« Le personnel exerce parfois aux limites de sa sécurité et celle des patients..... »

L'alerte fut considérée comme assez grave pour que soit ordonnée par le CHSCT une expertise, menée par un cabinet d'expertise indépendant et agréé par le Ministère du travail, sur les risques psycho-sociaux à l'hôpital. Un questionnaire anonyme fut adressé à tous les salariés de l'hôpital et les réponses retournées en octobre 2009 au cabinet d'expertise.

Sur plus de 2000 salariés que compte l'hôpital, 43% vont répondre. Tous les âges et toutes les anciennetés sont représentés : l'échantillon est représentatif de l'ensemble du personnel. C'est une étape importante mais il faudra du temps pour en dégager toute la richesse et voir les effets de cette nouvelle possibilité d'expression.

En juin 2010, le rapport de l'enquête est rendu officiellement. Il dénonce effectivement de graves pénuries, de la maltraitance institutionnelle, une souffrance diffuse. Mais de la même façon qu'on peut mettre en cause la responsabilité d'un individu pour ne pas questionner le fonctionnement institutionnel, la généralisation de la souffrance à toute une collectivité peut avoir pour effet de banaliser les situations particulières.

Sur le moment, le compte rendu de l'enquête ne va pas permettre une lecture instructive de nos dysfonctionnements : les CMP ne sont pas distinguées du fonctionnement général du service de psychiatrie, les psychologues sont intégrés dans le personnel psycho-socio-éducatif de l'ensemble de l'hôpital, etc...

Et puis, en même temps que la diffusion du rapport, le directeur de l'hôpital, en fonction depuis plus de vingt ans, et le directeur des ressources humaines quittèrent leur poste et furent remplacés par de nouveaux directeurs....qui, dans la foulée, se lancèrent dans la reconstruction des bâtiments de l'hôpital avec cérémonie de la pose, ce même mois de juin 2010, de la première pierre d'un bâtiment, histoire d'enterrer le passé.

En définitive, les différents appareils existants de médiation entre salariés et employeurs se sont révélés impuissants pour nous sortir de notre isolement et transmettre la réalité de ce que nous vivons sur le terrain.

### Epilogue

En juin 2010 dans le journal de l'hôpital, notre chef de pôle écrit en tant que Président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) du Centre Hospitalier :

« Les années 2008-2009 représentent la grande période des restructurations et correspondent à notre traversée du désert. Elles ont été marquées par les mises en place organisationnelles et financières, comme par exemple, le codage, les délais de recouvrement des créances, les outils de gestion financière et l'embauche d'un contrôleur de gestion (...). Je rends hommage à l'équipe de direction qui, quels que soient les obstacles, a pérennisé la course à la rénovation dont nous bénéficions ce jour avec la construction d'un nouvel hôpital ».

Discours triomphaliste. Les directeurs qui ont suivi sur ordinateur le programme « traversée du désert » se congratulent. D'ailleurs, directeurs, cadres de santé...sont promus dans de nouvelles fonctions !

Pas un mot dans ce même journal de l'hôpital, du rapport du CHSCT paru le même mois et pourtant financé par l'hôpital ; rapport qui décrit une situation humaine catastrophique parmi le personnel de nombreux services de l'hôpital. C'est lui qui a traversé le désert.

Patients et soignants se retrouvent parmi les dommages collatéraux.

La lutte contre les dépenses de santé s'est transformée en lutte contre le personnel de santé. C'est un déplacement classique, mais notre statut de fonctionnaire a nécessité des techniques particulières puisque le licenciement économique n'existe pas dans la fonction publique. Il fallait que, découragés, épuisés, les salariés partent d'eux-mêmes.

Le 23 février 2011 les deux psychologues, derniers professionnels encore en poste dans notre équipe, ont appris leur délocalisation et leur affectation à partir du 7 mars dans des CMP situées dans d'autres villes. A eux d'en informer leurs patients et d'organiser en moins de deux semaines un suivi des enfants et de leur famille avec lesquels ils travaillaient. En septembre 2011 notre consultation a fermé ses portes.

La nouvelle gouvernance pratiquée dans notre hôpital, illustre au plan local le système d'un plan national.

En 2004, Eric Woerth, alors Secrétaire d'Etat de la Réforme de l'Etat dans le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin avait eu pour tâche principale parmi les plans de réforme, de mettre en application la règle du non-remplacement de la moitié des fonctionnaires partant à la retraite.

Depuis, s'est mis en place un programme planifié et informatisé de management généralisé dans toutes les entreprises de la fonction publique.

Les projets et leurs objectifs se sont répercutés du ministère, aux différentes administrations intermédiaires, jusqu'à se retrouver sur le terrain.

Et, sur le terrain, pour donner forme dans la réalité à une organisation théorique programmée pour des êtres fictifs, cette politique de management a été à l'origine de la nomination de nouveaux chefs, interchangeables, eux-mêmes instrumentalisés, mais que le goût du pouvoir amène à s'emparer de ces postes-clé de restructuration.

Ont pu s'engouffrer dans ces fonctions où le pouvoir ne passe plus par la compétence, des personnes capables de tenir sans scrupule un double discours et chez lesquelles le sentiment d'être un des rouages d'une immense machine entretient dans la toute-puissance un sentiment de légitimité.

Et on ne peut que s'inquiéter qu'il leur revienne à l'avenir de décider du mérite des agents du personnel sous leur autorité.

- ▶ Alors que le gouvernement, en réponse à l'émotion suscitée dans l'opinion par la connaissance des drames occasionnés lors des restructurations de certaines entreprises, a réagi sur un plan national en établissant des rapports comme celui remis au ministre du travail Xavier Bertrand le 12 mars 2008 par Philippe Nasse, magistrat, et Patrick Légeron, psychiatre (« Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail ») rapport qui a été suivi, entre autres, d'un arrêté du ministère du travail paru au Journal Officiel le 31 juillet 2010, portant sur l'obligation de mesures de prévention contre le harcèlement et la violence au travail,
- ▶ malgré le fait, que dans notre hôpital, ait été menée à la demande du CHSCT l'expertise déjà citée sur les risques psycho-sociaux liés aux restructurations des services de l'hôpital,

dans notre service de pédo-psychiatrie, non seulement le rapport, conclu par l'expertise, n'a donné lieu à aucune remise en question du dysfonctionnement organisé qui en était responsable mais il n'en a été fait état à aucun moment.

Ces différents rapports, du seul fait de leur existence ont pu faire office de preuve officielle que la dimension de souffrance du personnel avait été prise en considération. Formalité par laquelle il fallait passer pour légitimer la suite du programme et donner l'illusion d'avoir réglé les problèmes de fond.

Sur écran, la restructuration budgétaire a poursuivi sa route, renforcée par le dépassement de cette épreuve.

Sur le terrain notre consultation a fermé dans l'indifférence générale.

Au hasard de l'actualité récente, je relève que la Cour des Comptes dans son rapport de 2011 appelle à poursuivre sévèrement les économies et avertit : « Pour respecter la croissance de 0,8% en volume des dépenses publiques sur 2011-2014, il faut réduire ces dernières de 50 milliards entre 2012 et 2014 » (Claire Guélaud Le Monde 19/02/2011).

En même temps, le médiateur de la République Jean-Paul Delevoye dans son rapport du 21 mars 2011 dénonce « la déshumanisation » de la modernisation de l'administration et nous alerte : « Ce qui est présenté comme une amélioration du service public se traduit en réalité par un service dégradé, plus complexe et moins accessible » (Anne Rodier, Le Monde, 29/03/2011).

Une crise économique peut-elle justifier tous les moyens et remplacer une crise par une autre et d'autres crises à venir ?

A qui reviendra l'ordre du Mérite, à ceux qui travaillent sur écran et réalisent les réductions budgétaires ou à ceux qui se débattent sur le terrain dans la maltraitance et la pénurie de moyens et travaillent à maintenir le service public ?

Mais pour passer de l'écran au terrain, on peut dès à présent qualifier d'indignes les méthodes utilisées.

Quant au programme « La qualité c'est terminé », l'histoire dira l'étendue de sa bêtise.

Elisabeth Hanet - Psychologue