



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Promotion 2004

**COMMENT POTENTIALISER LA
COMMUNICATION ENTRE MÉDECINS
ET CHEFS D'ÉTABLISSEMENT**

Christine FOURNIER-DELATTRE

Remerciements

J'offre ce travail à

Mélanie, Caroline et Lucie

qui assurent ma formation continue au merveilleux métier de maman,

Yanick,

aux côtés duquel je chemine,

Claude,

sans qui ce travail n'aurait pas été possible,

Anne et tous ceux qui m'ont apporté leur soutien

Avec ma profonde gratitude.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 QUE POUVONS NOUS CONSTATER SUR LE TERRAIN ?	3
1.1 Deux exemples de situations	3
1.2 Des constats plus généraux.....	5
2 LA GENESE DU QUESTIONNEMENT	5
3 LES HYPOTHÈSES.....	6
LES CONCEPTS ET LE CADRE DE LA RECHERCHE	7
1 NOTIONS THÉORIQUES DE COMMUNICATION	7
1.1 Les paramètres générant la communication.....	7
1.2 Les filtres à la communication.....	9
1.3 Les dysfonctionnements.....	10
2 LES CONSIDÉRATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	11
3 LA POPULATION OBSERVÉE.....	12
3.1 Les principaux et proviseurs	12
3.2 Les médecins de l'Éducation Nationale	12
4 MÉTHODOLOGIE.....	13
4.1 Description des outils et de leur choix	13
4.2 Le déroulement du travail.....	13
LES RÉSULTATS	19
1 APPROCHE QUANTITATIVE	19
1.1 Analyse globale	19
1.2 Analyse par série	19
2 APPROCHE QUALITATIVE	21
2.1 Analyse des sous-thèmes	21
2.2 Approche en terme de réalité vécue/souhaits	25
2.3 Approche sous l'angle de la typologie du chef d'établissement.....	28

PROPOSITIONS CONCRÈTES.....	35
1 LES SUPPORTS DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION.....	35
1.1 Le temps.....	35
1.2 Les objectifs de travail	35
1.3 La connaissance de l'environnement extra-scolaire et les moyens apportés	36
1.4 La notion de suivi	36
1.5 Le contexte.....	37
2 LA « PREVENTION » DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION.....	37
2.1 L'évaluation du climat dans lequel va s'établir la relation	37
2.2 Comment délivrer le message.....	38
2.3 La personnalité de nos interlocuteurs	38
3 LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES CONFLITS	40
3.1 Les signes matériels précurseurs des conflits	40
3.2 Les principes de la négociation	42
3.3 Repérer le type d'interlocuteur	42
4 LA FORMATION OU LA SENSIBILISATION DES MÉDECINS.....	43
 CONCLUSION	 45
1 COHÉRENCE DES RÉSULTATS AVEC LES HYPOTHÈSES.....	45
2 LES LIMITES DES RÉSULTATS.....	46
2.1 Toute communication est situationnelle	46
2.2 Limites de l'étude	46
2.3 Ces résultats ne donnent que de grandes tendances	47
3 LES LIMITES DE LA COMMUNICATION.....	47
 BIBLIOGRAPHIE	 49
 LISTE DES ANNEXES.....	 I

INTRODUCTION

Les mois d'octobre et novembre 2001 ont été marqués pour l'équipe de santé de mon secteur par une offensive musclée contre les poux.

Dans une école primaire de P, ce fléau «irritait» élèves, enseignants et parents de manière récurrente, situation banale dans un établissement scolaire, mais mal vécue par la directrice de cet établissement nouvellement nommée et d'une personnalité affirmée et intransigeante.

L'infirmière, la secrétaire et moi-même, aidées de l'équipe éducative, avons effectué plusieurs interventions auprès des élèves comme l'année précédente, mais nous avons décidé, cette année-là, d'intervenir également auprès des parents, et l'assistante sociale du secteur s'est jointe à l'équipe. La mairie a également amené sa propre participation en fournissant les peignes, shampoings et lotions nécessaires au traitement.

Durant les mois de décembre à février qui ont suivi, l'infirmière, aidée de l'assistante sociale (puisque une famille particulièrement «à risque» avait été repérée) a assuré une évaluation et une surveillance attentive de ce problème.

Au mois d'avril 2002, elle me fait part de ses réticences à retourner dans l'établissement, compte tenu de l'accueil peu...souriant qu'elle y avait reçu, et je reçois un appel «énergique» de la directrice : «les poux étaient à nouveau présents et actifs, cela la mettait directement en cause, et elle ne savait plus quoi faire ni quoi dire devant les plaintes des parents ; vous devez faire quelque chose : il faut que cela cesse!».

Deux problèmes se posaient : d'une part une impuissance matérielle à influencer concrètement sur les résultats (que connaît bien tout médecin confronté à ce type de pathologie et à ce type de famille négligente), d'autre part un problème de disponibilité compte-tenu de notre charge de travail (dans mon département, nous effectuons 100% des visites d'admission au cours préparatoire). Bien que la prévention au niveau individuel se soit poursuivie (l'infirmière les voyant lors de ses examens de CE2 et moi-même lors des examens à la demande), nous n'avons pu réitérer la chaîne d'actions collectives, d'où le fort mécontentement de la directrice exprimé lors d'un entretien en tête à tête.

Ce genre de situation débouche, outre sur l'inutilité apparente de tous leurs efforts, sur une grande amertume de chacun des acteurs s'y étant impliqué¹, et la satisfaction du travail bien fait n'a pas contrebalancé pour l'équipe de santé scolaire, le désappointement d'une relation professionnelle tendue. A long terme existe le risque de voir apparaître une certaine usure dans les motivations...

¹ TRACY D. *S'épanouir dans sa vie professionnelle*. Paris, Inter-éditions, Masson. 1997. p 6.

Dans notre exemple, la directrice ignorait tout à la fois la charge de travail que le secteur imposait et les priorités académiques qui avaient été données ; la quantité de travail n'était pas en cause, mais la fréquence des rencontres étaient insuffisante. Une bonne communication aurait amené ces éléments à sa connaissance (dont visiblement elle ne disposait pas) évitant ainsi sa déception, son irritation, et l'impression qu'elle avait d'être seule à tenter de gérer le problème.

Dans la définition des missions des Médecins de l'Education Nationale, la circulaire du 12 janvier 2001² insiste sur les notions d'échanges d'informations entre les différents professionnels intervenant autour des élèves, et particulièrement sur celle du partenariat à l'intérieur de l'Education Nationale.

Le Médecin de l'Education Nationale est un avant tout un médecin, un professionnel de santé au service de l'enfant ou du jeune ; il est aussi un salarié, fonctionnaire de l'Etat et exerce dans un secteur médico-scolaire défini par l'Inspection Académique.³

Représentant de l'État, placé sous l'autorité du recteur et de l'inspecteur d'académie, le Chef d'établissement réunit en sa personne une double qualité : celle de représentant de l'Etat et celle d'organe exécutif de l'établissement public ; à ce titre, il dirige l'établissement et plus particulièrement construit le cadre et le sens de l'action éducative, établit les conditions de la vie scolaire et en gère l'animation dans la vie relationnelle⁴.

Les acteurs cernant l'environnement dans lequel les élèves évoluent peuvent être schématiquement répartis en 3 types de réseaux dont l'interlocuteur privilégié au sein de cette institution sera soit le Chef d'établissement, soit le Médecin scolaire :

- La partie éducative aboutira bien évidemment au Chef d'établissement
- La partie médicale ou paramédicale dont le contact est le Médecin scolaire
- Et la dernière partie (famille, acteurs du réseau social ou juridique, associatif ...) pour laquelle l'interlocuteur privilégié n'est pas spécifiquement défini, chacun étant amené à intervenir en fonction des circonstances, parfois de son temps, de ses affinités, ou même encore de ses relations personnelles..

² Circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des Médecins de l'Education Nationale

³ Décret du 27 novembre 1991, complété par la circulaire du 12 janvier 2001

⁴ Le cadre de référence de son action est défini par les lois et décrets de 75 , 82,83 et 85, du 10 juillet 1989 (loi d'orientation), et du 20 décembre 1993.

Si l'on veut offrir un meilleur service aux élèves, le travail en partenariat est effectivement indispensable ; mais il sous-entendra une synergie de ces réseaux, et par conséquent une très forte coordination entre Médecin et Chef d'établissement. Ce partenariat demande à chacun de connaître les compétences, le positionnement professionnel de l'autre, et sous-entend une relation forte entre les personnes, avec un langage commun.

Techniquement et indépendamment de tout résultat, l'efficacité d'une relation de travail entre deux personnes est le produit de trois facteurs⁵ :

- la qualité du travail effectué,
- la quantité de ce travail,
- et la fréquence des contacts.

Si l'un des facteurs vient à baisser, il baissera le résultat global, sauf si l'un des autres facteurs est majoré.

La quantité de travail des Médecins de l'Education Nationale n'est pas susceptible d'être mise en cause, mais leur manque d'effectif se fait cruellement sentir sur tout le territoire, et il est bien évidemment de nature à limiter considérablement la fréquence de nos contacts avec nos partenaires. Nous devons donc compenser par le seul facteur restant : la qualité du partenariat, et celle-ci passe impérativement par la mise en œuvre d'une véritable communication entre les interlocuteurs. Notre façon de communiquer, gage d'efficacité de cette collaboration pour et autour de l'élève, est donc un outil dont l'importance n'est pas à négliger.

L'objet de ce travail sera donc de rechercher comment améliorer la communication entre Médecins de l'Education Nationale et Chefs d'établissement, dans le partenariat pour les élèves.

1 QUE POUVONS NOUS CONSTATER SUR LE TERRAIN ?

1.1 DEUX EXEMPLES DE SITUATIONS

1.1.1 Situation 1 :

Au collège de S, la ligne téléphonique de l'infirmerie ne disposait pas d'un accès direct ; toute communication devait donc passer par le standard, et plusieurs demandes avaient été faites afin de modifier cet état de fait, soulignant au passage les problèmes de perte

⁵ WATZLAWICK P. *La réalité de la réalité ; confusion, désinformation, communication*. Paris, Seuil. 1978

de temps ou de confidentialité qui se posaient. Mais elles avaient été repoussées sur des raisons pécuniaires.

En septembre 2000, une jeune fille nous est amenée par le professeur d'EPS, dont l'état nécessitait effectivement une prise en charge en urgence par les services médicaux adéquats que nous tentons de joindre immédiatement. Mais le standard ne répondait pas (nous avons secondairement appris que la personne s'était absentée un cours instant pour des motifs tout à fait naturels). C'est l'utilisation de mon portable personnel a permis de joindre le SMUR dans l'instant, et de diminuer le climat d'angoisse et d'agitation qui s'était installé dans et aux abords de l'infirmierie.

A la suite de cet incident, une analyse conjointe a été effectuée avec le Chef d'établissement, avec une prise de conscience concrète de l'utilisation de cet «outil téléphone» dans notre métier (et plus particulièrement des nuisances sus citées qui n'avaient pas été comprises, la personne du standard étant soumise à une obligation de discrétion).

1.1.2 Situation 2 :

Je reçois une appel du proviseur du lycée de F : « le personnel travaillant à la restauration a signalé que les plateaux d'une jeune fille reviennent pratiquement complets, l'équipe éducative constate une baisse progressive de ses résultats scolaires qui deviennent préoccupants voire catastrophiques, sans trouble du comportement net, si ce n'est une sorte «d'extinction» de cette élève, qui ne participe oralement durant les cours que « contrainte et forcée » par l'enseignant. Lors de tentatives de discussions, l'adolescente a toujours répondu «qu'effectivement, elle était peut-être fatiguée, mais que tout allait bien ».

J'entretiens depuis plusieurs années de bonnes relations avec ce Chef d'établissement qui me fait part de son inquiétude, et me demande de la voir le plus rapidement possible. En fait, la jeune fille était victime depuis plusieurs mois d'inceste de la part de son beau-père. Elle a donc été prise en charge à l'extérieur mais aussi à l'intérieur de l'établissement par toute l'équipe : signalement, placement en foyer, prise en charge médicale spécialisée, mais aussi aide individuelle de quelques professeurs qui se sont spontanément proposés (sans connaître le motif de ce placement) ; elle a obtenu son baccalauréat l'année suivante.

Deux éléments ont particulièrement favorisé la prise en charge de ce problème : la motivation et l'investissement de tous les acteurs, dont l'objectif était commun (la santé et le développement de cette jeune fille) et la synergie de leurs actions : celle-ci n'a pu être mise en œuvre que parce que chacun expliquait à l'autre la logique de ce qu'il faisait, pourquoi il le faisait et comment il allait le faire.

1.2 DES CONSTATS PLUS GENERAUX

Depuis plus de 7 ans que j'ai quitté la médecine générale pour exercer comme vacataire au sein de l'Education Nationale, certains faits ont souvent attiré mon attention : des médecins se plaignaient de ne pas avoir été tenu(e)s au courant de certaines situations, des prises en charge avaient tardé, l'organisation des visites relevait de l'exploit dans certains établissements... Inversement des Chefs d'établissement se plaignaient d'un certain manque de présence du Médecin scolaire, ne comprenaient pas que nous ne puissions traiter certains cas non urgents dans les jours qui suivaient, voire se montraient fortement « irrités » de ce qui pouvait passer pour un relatif manque d'intérêt apporté aux problèmes généraux que rencontraient leur établissement, ou encore s'étonnaient de nos manques de possibilités pour assurer des prises en charge efficaces de cas spécifiques...

Globalement se manifestait parfois une impression désagréable que les choses auraient pu aller plus vite, être plus aisées pour chacun et surtout que le jeune aurait pu être soit mieux, soit plus rapidement pris en charge par notre service public.

En retour, et alors que les conditions d'exercice étaient identiques, certaines situations apparaissaient « idylliques », où aucun problème en terme de fonctionnement Médecin et établissement ne semblait se poser.

2 LA GENESE DU QUESTIONNEMENT

L'analyse de ces faits amène à s'interroger sur la relation qui s'est instaurée entre les intervenants, et plus précisément vers le dialogue et la situation de communication entre le Médecin de l'Education Nationale et le Chef d'établissement ; de nombreuses questions se posent alors quant à la possibilité et la fréquence des rencontres permettant la mise en place de cette communication. On peut aussi se demander si la communication alors mise en jeu est de nature à bien faire comprendre la réalité de la situation, s'il existe des éléments susceptibles de la favoriser, ou également s'interroger sur le fait qu'il existe à l'évidence des binômes Médecin / Chef d'établissement qui semblent intrinsèquement fonctionner mieux que d'autres.

Enfin, on constate que la prise en charge d'un élève est l'aboutissement d'un certain nombre d'actions, mettant en œuvre de multiples interlocuteurs, reliés les uns aux autres en réseaux plus ou moins formels : comment leur synergie peut-elle alors être potentialisée ?

3 LES HYPOTHESES

Plusieurs hypothèses peuvent alors être évoquées devant les difficultés de communiquer dans le cadre de ce partenariat :

- Les représentations respectives des métiers peuvent faire obstacle à cette relation (par exemple la notion de disponibilité ou de devoir).
- Les conditions de travail, les objectifs à atteindre et les moyens qui sont donnés ne sont pas toujours de nature à faciliter.
- Par contre la motivation personnelle réelle, liée à une bonne communication pourrait permettre de lever concrètement une partie de ces obstacles, et d'accéder alors, pour le bénéfice de l'élève, à la réunion des compétences.

Nous observerons donc ce qu'il en est de la communication en terme technique dans le cadre professionnel entre Médecins de l'Education Nationale et Chefs d'établissement. A partir de l'étude menée dans le secteur du Bassin de la Sambre, nous verrons sur quels thèmes et avec types de Chefs d'établissement la communication avec le Médecin peut présenter des difficultés susceptibles d'entraver le partenariat, et quels sont les moyens à employer pour les éviter ou les diminuer.

LES CONCEPTS ET LE CADRE DE LA RECHERCHE

1 NOTIONS THEORIQUES DE COMMUNICATION

Techniquement, la communication est un échange entre un émetteur et un récepteur, chacun jouant alternativement l'un ou l'autre rôle.

1.1 LES PARAMETRES GENERANT LA COMMUNICATION⁶

Ils sont au nombre de 3, et doivent être simultanés.

1.1.1 Le message

Le message est la traduction d'une pensée. En terme de communication, son paramètre essentiel en est l'impact sur l'interlocuteur.

1.1.1.1 Deux composantes interviennent dans son émission

Le fond : c'est « l'intelligence » du discours, la cohérence de l'idée ou de la situation qui est transmise et *la forme* : c'est la façon dont la personne va s'exprimer, dont le fond va être exposé, avec pour chaque interlocuteur de multiples possibilités et un certain nombre de variantes. La forme détermine à plus de 80% l'impact d'un message.

Dans la relation entre Médecin et Chef d'établissement, on constate que, se devant d'être clairs et compréhensibles de par leurs fonctions (les amenant à s'adresser à un public varié), tous deux privilégient la pertinence de leur discours afin de mettre en valeur le fond du message qu'ils délivrent (on reproche parfois au Médecin son jargon scientifique qui n'est qu'un souci de précision).

Mais la finalité de leur entretien (le travail en partenariat) demande va bien au-delà d'un simple échange d'informations : l'émetteur doit proposer l'ensemble des paramètres permettant de se faire une idée et de répondre, mais il est aussi amené parfois à interroger voire à convaincre, et ceci ne peut se faire qu'au travers de l'impact du message qu'il délivrera. Si les protagonistes veulent arriver à une symbiose, c'est la façon dont les choses seront dites qui impactera.

⁶ WATZLAWICK P, HELMICK BEAVIN J, DON JACKSON D. *Une logique de la communication*. Paris, Seuil (3^e édition poche). 2000.

1.1.1.2 Les éléments qui impactent le message

Ils peuvent être regroupés schématiquement en 2 grandes catégories :

Le verbal : en dehors de tout contexte, les mots employés ont un impact sur la perception des interlocuteurs, et il convient de les choisir avec prudence (Par exemple : risque, difficulté (voire formulaire).. peuvent avoir un impact négatif, alors que réussite, possibilité ou ensemble auront inversement une connotation positive) et *le non verbal* : c'est, dans l'expression d'un message tout ce qui n'est pas en rapport avec le vocabulaire utilisé, et qui concerne une multitude de paramètres tels que : le débit verbal (au-delà de 200mots/mn la compréhension est affectée et donc l'impact), le ton, le rythme ou les césures etc...

1.1.2 **L'environnement**

Il désignera ici l'ambiance de travail de la relation, le climat de la communication.

1.1.2.1 L'état d'esprit des interlocuteurs⁷

Il peut être défini comme l'ambiance qui préside aux rapports entre les deux interlocuteurs. Il va définir le niveau d'aisance de chacun comme intervenant, et sera fonction de l'appréciation du niveau de sécurité et de l'analyse qu'il fera de ses possibilités d'expression (possibilité d'émettre un point de vue notamment en cas de désaccord).

Cet état d'esprit va être très variable selon le lieu, le jour, la date ou bien le motif ayant suscité la relation (voire même selon l'interlocuteur) ; il dépendra de l'historique entre les 2 personnes et de l'importance des enjeux (motivation intrinsèque envers ce qui a suscité la relation).

- *Certaines conduites exprimés plus ou moins ouvertement traduisent cet état d'esprit initial* : La colère (insatisfaction profonde), l'impuissance (le sentiment d'inutilité de la démarche est fort et aboutit à une démotivation), la sérénité (c'est heureusement le plus classique, où l'interlocuteur est dans les meilleures dispositions pour être efficace dans sa participation comme dans ses propositions) voire même l'enthousiasme (volonté forte de faire œuvre de propositions alliée à une grande sécurité d'expression ; il présuppose une grande motivation à aboutir).
- *Elles se répercutent alors directement sur la réceptivité des interlocuteurs* : Des attitudes réactionnelles variant du stress (climat négatif) à l'aisance (climat positif) vont alors apparaître. En cas de climat négatif, l'individu va devoir gérer le stress engendré, ce qui conduit alors parfois à des réactions inadaptées, pouvant aller jusqu'à

⁷ CHALVIN D. *Tensions et conflits dans les relations personnelles*. Issy-les-Moulineaux :ESF. 2003 (3^e édition). pp 38-45.

l'encontre du but recherché : la fuite (vouloir trouver très vite une solution pour clore le plus vite possible) l'hyper maîtrise, (qui aboutit à une forte tendance à la manipulation voire au mensonge, avec souvent des promesses intenables), l'utopie (espérer trouver des solutions sans faille dans un contexte sans compromis), l'amabilité (situations qui vont tout droit vers un pseudo accord totalement ingérable en pratique, car il s'accompagnera en retour d'une contestation sur ses termes) ou l'agitation. La conséquence extrême est le blocage : soit l'individu se montrera agressif, soit il inversera complètement sa position de départ en adoptant celle de l'autre (les causes les plus fréquentes en sont souvent la lassitude et l'inutilité apparente de toute démarche) ou soit il pratiquera l'attentisme (ne plus rien faire, et baisser les bras en espérant que le temps règlera les problèmes).

On voit donc bien l'importance du repérage du climat dans notre relation professionnelle et ses conséquences en terme de partenariat autour de l'enfant. Un climat négatif risque en effet d'engendrer soit une non prise de décision, soit un conflit, soit un pseudo-partenariat.

1.1.2.2 Les paramètres matériels

Il est plus facile de travailler ensemble, de communiquer, dans un bureau que dans un couloir rempli de passages...

1.1.3 **La personnalité des interlocuteurs**

Il s'agit ici des dispositions d'esprit individuelles de chacun des interlocuteurs ; elles vont se traduire par une image perçue, un certain nombre de comportements, qui vont mettre en place le climat de la relation. Des paramètres vont intervenir parmi lesquels

1.1.3.1 L'aptitude au relationnel : c'est la capacité à aller vers les autres, à faire preuve d'empathie, d'ouverture d'esprit, qualité développée à des degrés divers selon les individus et qui facilite plus ou moins la relation de travail

1.1.3.2 La structuration de la personnalité où l'on retrouve les notions de charisme, de sens de l'organisation ou encore de pédagogie.

1.2 **LES FILTRES A LA COMMUNICATION**

Ce sont les perturbations à la communication : cet échange est un processus en plusieurs étapes, chacune pouvant être perturbée par des éléments appelés filtres.

Schématiquement :

- Ce que l'on dit peut être différent de ce que l'on pense (influence du ton, de la phraséologie.. qui peuvent induire des distorsions par rapport à la pensée initiale).
- Ce qui est entendu peut être différent de ce que l'on a dit (différence entre écoute et réception passive d'une information. L'écoute va au-delà pour intégrer le pourquoi de l'information à ce moment⁸, le pourquoi du mode de transmission de cette information, le pourquoi de tout ce qui a de l'impact, et surtout le comment composer des éléments de réponse qui sur le fond et sur la forme soient satisfaisants pour l'interlocuteur).
- Ce peut être compris différemment de ce qui a été entendu (cela passe par le propre système de valeurs du récepteur, qui peut être extrêmement différent de celui de l'émetteur).

C'est sur ces données que se construit intellectuellement une réponse qui doit tenir compte de tous ces éléments.

On comprend alors la difficulté de communiquer dans certaines situations ou sur certains sujets.

C'est ainsi qu'entre un Médecin et un Chef d'établissement, outre les caractéristiques propres à chaque individu, la connaissance respective des métiers, des contraintes ou des possibilités de l'autre revêt ainsi une importance fondamentale.

Remarque : une des façons de régler cette problématique est de proposer le même message par des vecteurs de communication différents, et dans le cadre qui nous concerne, par le vecteur visuel.

1.3 LES DYSFONCTIONNEMENTS⁹

Le dysfonctionnement représente le résultat de la difficulté à faire passer un message, soit que l'on ait du mal à l'exprimer, soit que l'autre ait du mal à le comprendre.

1.3.1 Les différents types de dysfonctionnement

- On parle de dysfonctionnement réel lorsqu'il y a quasi impossibilité technique de trouver un consensus entre les interlocuteurs ; ils sont alors très difficiles à résoudre et concernent principalement les valeurs propres de chacun des interlocuteurs.

⁸ CARNEGIE & Associés. (1995) *Comment trouver le leader en vous*. Paris, Hachette. Chapitre 6 pp79-90.

⁹ BREARD R, PASTOR P. *Gestion des conflits*. Rueil-Malmaison. Liaisons. 2000. pp 11-27.

- Les prétextes sont les cas où, pour appuyer l'impact de son discours, un choix se fera quant à la présentation des arguments qui seront mis en avant, avec élimination de données parfois tout aussi importantes.
- Les malentendus : ce qui est dit n'est pas ce qui est pensé et encore moins ce qui est compris (le discours de l'émetteur n'est pas le reflet de la pensée et la compréhension du récepteur n'est pas le reflet du discours émis). Ce type signe soit un problème d'écoute, soit une méthodologie confuse dans la présentation du discours.

1.3.2 Leurs conditions de survenue

- Les conditions relationnelles (Les individus ne s'entendent pas) : elles trouvent leurs origines dans le comportement et l'attitude des individus.

Ex : si apparaît la perception d'agressivité, de manque de respect

- Les conditions techniques concerneront l'aspect des thèmes qui seront abordés. Il y aura conflit si les objectifs sont notoirement divergents, s'il y a établissement d'une stratégie personnelle sans tenir compte de l'autre ou s'il y a incompréhension entre les interlocuteurs.

L'exemple le plus fréquemment rencontré est celui du secret professionnel

1.3.3 Les types d'interlocuteurs concernés

Le comportement de chacun des interlocuteurs va soit amplifier, soit corriger le dysfonctionnement et permettre à la communication de s'établir ou pas.

2 LES CONSIDERATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Le cadre d'observation de la communication entre Chef d'établissement et Médecin est Bassin de la Sambre, dans lequel je travaille depuis plus de six années.

Installée autour de Maubeuge, dans le sud du département du Nord, cette région autrefois florissante parce que très industrielle et dans laquelle est venue s'installer une importante population d'origine étrangère, a vu s'établir peu à peu une paupérisation croissante, la classant dans les zones dites socialement défavorisées.

Si la densité de jeunes y est très importante, à l'image départementale, le taux du chômage dépasse largement la moyenne nationale, la proximité de la frontière augmente encore parfois certaines difficultés (familles socialement signalées qui déménagent, passage de drogue, etc...) et les différents réseaux de transport ne sont pas de nature à permettre un accès toujours aisé aux offres de villes plus importantes, notamment en matière d'enseignement (spécifique et/ou supérieur) ou de santé.

3 LA POPULATION OBSERVEE

Notre étude a été effectuée sur la totalité des Chefs d'établissement. Ces établissements sont répartis sur les secteurs de 9 Médecins scolaires en poste depuis plus de 6 ans.

Ce travail a été volontairement ciblé sur la communication entre Médecins de l'Education Nationale et Chefs d'établissements du second degré.

3.1 LES PRINCIPAUX ET PROVISEURS

Dans l'exercice de nos missions au niveau des collèges et lycées, en dehors des bilans d'orientation, des aptitudes au travail sur machines dangereuses ou des actions de prévention, notre contact avec les élèves passe concrètement par leur démarche volontaire ou à la demande de l'équipe éducative, et donc par le Chef d'établissement.

Or nos relations avec eux sont concrètement plus difficiles qu'avec les directeurs d'école, compte tenu des caractéristiques mêmes des élèves (ils sont plus nombreux et adolescents), de la prise en charge ou de la nature des problèmes qui y sont rencontrés, ainsi que de nos emplois du temps respectifs qui ne sont pas de nature à faciliter les relations.

3.2 LES MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE

Je travaille dans ce bassin avec 9 autres Médecins, titulaires ou vacataires, dont la dernière arrivée est en poste depuis 6 ans. La plupart effectue un temps complet et 3 travaillent à 70% et plus (horaires pour toutes le plus souvent dépassés compte tenu des impératifs de travail).

A noter qu'un secteur du bassin n'est plus couvert depuis la mutation d'une collègue il y a 2 ans, mais dont nous assurons tout de même les impératifs, que nous sommes toujours sur les mêmes secteurs, et que la façon d'effectuer nos tâches est à priori comparable.

Enfin, les caractéristiques géographiques sus citées sous entendent par ailleurs des déplacements qui ne sont pas négligeables, et une partie des établissements bénéficie d'un classement en Zone d'Education Prioritaire.

Ce bassin est donc

- Important quantitativement (avec les conséquences en terme de choix quant aux priorités à donner),
- Difficile à prendre en charge pour tout Médecin de l'Education Nationale, tant sur le plan de la disponibilité que sur celui de l'ampleur des tâches à accomplir, où le travail d'équipe au niveau des établissements trouve son plein intérêt.

4 METHODOLOGIE

4.1 DESCRIPTION DES OUTILS ET DE LEUR CHOIX

4.1.1 Des entretiens non directifs

Premiers éléments dans le but de cerner cette situation relationnelle, ils ont été réalisés auprès de 5 Chefs d'établissement, avec pour consigne ouverte « Comment voyez vous la relation professionnelle avec le Médecin scolaire en charge de votre établissement ? » L'objectif étant de repérer les thèmes et sous thèmes permettant une enquête plus approfondie.

4.1.2 Un questionnaire

Une enquête a ensuite été réalisée auprès de tous les Chefs d'établissement du second degré du Bassin de la Sambre, sorte de photographie instantanée de la relation avec le Médecin de l'Education Nationale.

4.1.3 Des entretiens semi-directifs

4 Chefs d'établissement (2 concernés par l'enquête et 2 « extérieurs ») ont accepté ces entretiens dont le but était de confirmer les orientations qualitatives de l'enquête précédente.

4.2 LE DEROULEMENT DU TRAVAIL

4.2.1 La première série d'entretiens

Ces entretiens non directifs visent à repérer et à quantifier les éléments importants de la vision du Chef d'établissement quant à sa relation professionnelle avec le Médecin scolaire. L'analyse a abouti à 3 catégories de questions portant sur 9 sujets précis, qui ont constitué les fondations de la construction du questionnaire de l'enquête ; elles seront détaillées ci-dessous.

4.2.2 L'enquête (annexe 1)

Anonyme, le questionnaire s'adresse aux Chefs d'établissement des collèges et lycées.

Il concerne la façon dont ils voient et vivent la relation professionnelle actuellement, et sur ce qu'ils en attendent.¹⁰

4.2.2.1 Méthodologie d'élaboration

4.2.2.1.1 *Les thèmes*

Les 3 thèmes ressortant des entretiens non directifs ont été volontairement abordés à poids égal en 3 séries :

- S1 : La relation directe avec le Médecin : le but est d'en apprécier l'intensité, ses contraintes et les éléments susceptibles de la faciliter.
- S2 : L'image du Médecin : le but est d'apprécier la perception qu'ont les Chefs d'établissement du Médecin scolaire.
- S3 : La place de la santé dans l'établissement : la finalité est une approche des objectifs et des contraintes des Chefs d'établissement quant à la prévention ou aux problèmes de santé.

Ces thèmes vont secondairement participer à définir le climat de la relation entre le Médecin et le Chef d'établissement.

4.2.2.1.2 *Les questions*

60 questions (20/série) ont été posées, dont la réponse était unique et pré-déterminée, chiffrée de 0 (je ne suis pas du tout d'accord avec l'item proposé) à 5 (j'adhère totalement à l'item proposé).

4.2.2.2 Détermination de la cible

L'échantillon est constitué des 36 Chefs d'établissement du second degré du Bassin de la Sambre répartis en 9 lycées d'enseignement général ou professionnel (dont 1 agricole), 3 établissements rassemblant collège et lycée sous une seule direction, et 24 collèges.

4.2.2.3 Envoi et réception

Le questionnaire prototype a été proposé à 3 Chefs d'établissement (un principal, un proviseur de lycée professionnel et un proviseur de lycée d'enseignement général) non concernés par l'enquête, afin de le valider avant l'envoi définitif.

L'Inspection Académique a assuré l'envoi de ces questionnaires accompagné d'une note informative du Médecin Conseiller Technique Départemental. De plus j'ai effectué, en novembre 2003, un contact téléphonique explicatif direct auprès de tous les Chefs d'établissement.

De même la réception de ces questionnaires avant le 20 décembre (sans relance) a été réalisée par l'Inspection Académique, chaque enveloppe de retour étant systématiquement détruite afin de garantir l'anonymat (cachet postal).

¹⁰ STERN P. *Etre plus efficace*. Paris. Editions d'organisation. 2002 (2^e édition). pp 28, 136, 153.

4.2.2.4 Analyse (annexe 2)

4.2.2.4.1 *Terminologie*

Les réponses *par choix* sont classées selon les items donnés par le questionnaire

Les réponses *par opinions* regroupent les choix selon les tendances :

- NR = non réponse
- M = tendance négative (« je ne suis pas d'accord ») = choix 0 et 1
- N = tendance neutre (avis modéré, légèrement négatif ou positif) = 2 et 3
- B = tendance positive (« je suis d'accord ») = choix 4 et 5

4.2.2.4.2 *Conversion des données*

L'analyse comparative de données nécessite une convergence d'opinions. L'optique choisie au départ est celle du positif (les réponses franchement négatives étant proches de 0, celles s'approchant du 5 allant dans le sens positif). Pour des raisons techniques, il n'a pas été possible de formuler 8 des 60 questions en ce sens (les réponses attendues étaient donc négatives ; « je désapprouve »). Or les règles de la communication mettent en évidence l'extrême importance de la formulation, la tendance naturelle étant une réponse positive surtout en cas d'indécision. Ces questions ont donc été converties, et leurs valeurs égales au symétrique par rapport à la moyenne.

Ex : Q220 : « je ne comprends pas toujours les raisons qui font qu'un MEN intervient ou pas dans mon établissement » (moyenne = 2,4) devient ainsi « je comprends le plus souvent les raisons qui font... » (moyenne = 2,5 + 0,1 = 2,6).

4.2.2.4.3 *Les sous-thèmes*

Ils sont représentés par la façon dont les Chefs d'établissement perçoivent :

- l'écoute (c'est l'aptitude du Médecin à assimiler et à intégrer l'ensemble de leurs demandes ou de leurs besoins sur une problématique élève).
- la disponibilité (le temps de présence du Médecin sur l'établissement).
- la quantité (les aspects purement quantitatifs de la relation de travail).
- la qualité (en rapport direct avec le résultat et l'efficacité (= résultat obtenu% au temps passé) à l'obtenir pour l'élève).
- l'aspect purement relationnel du travail (la connaissance mutuelle personnelle, la relation de confiance qui s'établit entre les interlocuteurs et/ou leurs équipes).
- le métier (l'expérience ou la méthodologie pour atteindre le résultat) ou le professionnalisme (les compétences, l'implantation locale, l'implication personnelle et la motivation à résoudre les cas particuliers).
- le rôle de conseiller technique (l'assistance technique, les orientations et propositions émises autour de l'élève).
- les aspects budgétaires ou financiers.

Selon les résultats obtenus, ces sous thèmes vont représenter ou pas un risque potentiel de conflit ou de dysfonctionnement dans la communication lors de la relation professionnelle, en constituant le fond du message.

4.2.2.4.4 *Analyse en terme de réalité vécue/souhait*

L'ensemble du questionnaire a ensuite été trié en deux catégories de questions :

- Celles exprimant des faits concrets et des situations vécues dans la relation.
- Celles qui expriment un souhait, un désir, une attente dans cette relation.

Une réalité vécue comme positive des sous thèmes précédents amène un regard positif, et donc génère un climat plus favorable à la communication, empreint de confiance (voire d'enthousiasme) et donc propice au partenariat.

Par contre des attentes importantes et inassouvies déboucheront sur une frustration. Selon son degré de ressenti, cette frustration engendrera elle-même des attitudes, des comportements peu propices à établir un climat de collaboration, et où le risque de survenue de dysfonctionnements est majeur.

4.2.2.4.5 *Analyse en terme de comportement*¹

Tout individu se définit par des centrations (focalisation sur des paramètres) qui vont déterminer des attitudes qui se traduiront concrètement par un comportement. Ce sont des paramètres utilisés de façon extrêmement diverse selon les individus et ils correspondent à la personnalité propre de l'individu impliqué dans la communication.

2 centrations ont été choisies, communes aux Chefs d'établissement et aux Médecins dans l'exercice de leurs fonctions :

- Le respect des règles : Médecins et Chef d'établissement sont des fonctionnaires assujettis à un certain nombre de procédures, de règlements clairement établis, mais aussi à des usages et à une éthique qui doivent être mises en œuvre dans leurs pratiques. Mais le respect des règles peut se faire « à la lettre » ou « dans l'esprit ».
- Le relationnel : ou aptitude à aller vers les autres. Tout individu est plus ou moins relationnel, ou perçu comme tel.

La méthodologie choisie ensuite est celle du croisement des paramètres, la valeur centrale étant représentée par la valeur moyenne du groupe. En abscisse, le respect des règles, avec aux extrémités la rigueur ou l'interprétation ; en ordonnée, le relationnel avec aux extrémités la convivialité ou la froideur.

Quatre types schématiques de personnalités pourront ainsi être définis (applicables aux Médecins comme aux Chefs d'établissement) :

- Le type A : accordant autant d'importance à l'humain qu'aux procédures en vigueur. Réaliste et pragmatique, il pratique un équilibre entre règles à appliquer et intérêt de l'enfant, et va mettre tous les atouts dans son jeu pour aboutir au meilleur résultat possible. Conforté par des résultats qu'il peut aligner, il bénéficie d'un gros capital confiance qu'il sait gérer intelligemment. Très au fait des dispositions réglementaires et de l'environnement local, il veut les exploiter au mieux dans l'intérêt des élèves. D'une grande créativité, il conjuguera objectifs quantitatifs et qualitatifs, alliant méthode et organisation dans le travail à une forte motivation et la volonté d'aboutir. La communication avec le Médecin scolaire en ce sens est un de ses outils privilégiés, et elle sera particulièrement performante.

- Le type B : rigoriste, plus attaché « à la lettre » qu'à l'humain (non rencontré) La rigueur de la démarche est pour lui primordiale, l'aspect humain restant très secondaire, même s'il n'est pas rejeté à priori. Peu abordable, il ne supporte pas d'être contesté et même si aisance et sûreté sont reconnus, son grand sens de l'autorité débouche sur un faible charisme. Organisation et efficacité sont ses maîtres-mots, et toute perte de temps est soigneusement à éviter. Peu créatif, il applique des méthodes qu'il maîtrise bien (les rendez-vous doivent être pris et honorés à l'heure). Il ne communique pas, il informe considérant que c'est déjà bien suffisant et que le peu de contact est du au manque de communication du Médecin ; en retour, il ne discute pas forcément des orientations et il peut même être difficile d'avoir son avis sur de nouvelles dispositions de travail. Avec lui, les objectifs à atteindre ou la conduite à tenir devront être rapidement déterminés, même au cas par cas, et les efforts de communication seront le fait du Médecin.

- Le type C : dubitatif Désabusé vis-à-vis du service de santé scolaire le plus souvent par un historique lourd (investissement déçu, relations conflictuelles, secteur non couvert), il se caractérise par une forte réserve quant à la concrétisation d'un partenariat. Il fonctionne très exactement à sa façon, et la seule méthode qu'il admet est la sienne. En climat négatif, les contacts avec lui sont parfois difficiles et peuvent limiter les plus téméraires. L'humeur du moment joue souvent un rôle prépondérant dans ses prises de décisions : il a autre chose à faire que de discuter avec un interlocuteur s'il n'est pas certain qu'il lui amènera du concret sur le plan professionnel. Si le climat est positif, le contact sera bon, mais le Médecin ne pourra préjuger de son investissement dans la concrétisation des décisions communes.

¹¹ BLAKE R, MOUTON J. *Les deux dimensions du management*. Paris. Editions d'Organisation. 1980.

- Le type D : franchement humaniste, privilégiant le « faire plaisir » (non rencontré)

Il cumule toutes les qualités nécessaires à la communication, mais ne les exploite pas concrètement, communiquant pour faire plaisir et non par conviction. Les relations avec lui sont à la limite de l'affectif : attentionné, convivial, sa disponibilité est maximale, mais si les intentions sont louables, la suite est parfois difficile à gérer : ayant de multiples projets en cours, il gère tout en même temps et dans cette situation d'urgences permanentes, l'action prime sur le résultat ; il peut donc délaissé certains engagements, invoquant une surcharge de travail ou des circonstances exceptionnelles. Les résultats concrets du partenariat seront donc le fait de l'action quasi-exclusive du Médecin.

De cette classification, les interactions pourront se déduire concernant la communication : Le risque potentiel de conflit va varier selon le type d'attitudes, selon leur nature (importance des valeurs), dans ses thèmes ou dans ses modes d'expression comportementale.

4.2.3 La seconde série d'entretiens (annexe 6)

Au nombre de 4, de méthodologie semi directive autour d'un guide d'entretien, ils visent à confirmer le sens des réponses données, à lever les interprétations imprécises, à préciser et confirmer l'approche faite à partir du questionnaire et à évaluer de façon informelle les résultats proposés.

LES RESULTATS

1 APPROCHE QUANTITATIVE

1.1 ANALYSE GLOBALE

La répartition des réponses (nombre par valeur attribuée) est la suivante :

		OPINION DEFAV .		OPINION NEUTRE		OPINION FAVOR.	
	NR	0	1	2	3	4	5
Série 1	22	47	58	62	72	106	73
Série 2	14	29	44	60	83	138	72
Série 3	25	29	41	40	68	134	103
TOTAL	61	105	143	162	223	378	248
%	4,6	8,0	10,8	12,3	16,9	28,6	18,8
TOTAL	61	248		385		626	
%	4,6	18,8		29,2		47,4	

61% de réponses spontanées au questionnaire prouvent l'intérêt des Chefs d'établissement pour le sujet, et l'importance qu'ils attachent à travailler avec le Médecin scolaire. Dans ce cadre, environ 81% des réponses expriment une opinion neutre ou nettement positive sur le sujet.

1.2 ANALYSE PAR SERIE

(La représentation graphique des résultats de cette analyse se situe en annexe 2)

1.2.1 Série 1 : La relation de travail avec le Médecin de l'Education Nationale

« Le fait d'avoir quelqu'un qui voit le jeune d'une autre façon peut être utile », « moi, je m'entends bien avec mon Médecin, même si je ne l'ai pas choisi ».

Les Chefs d'établissement expriment globalement une satisfaction de la relation avec les Médecins, mais 25% environ des réponses expriment un avis plutôt négatif. L'explication la plus probable est que les opinions sont partagées, avec peu de prise de position tranchée ; 2 interprétations classiques peuvent être émises : soit la relation ne les intéresse pas, soit il existe une élégante réserve de leur part, préférant une Non Réponse à un choix jugé par trop négatif (ce taux de NR traduisant alors une gêne manifeste).

100% des chefs d'établissement déclarent vouloir travailler plus avec le Médecin, mais sont unanimes à déplorer le manque de présence du Médecin dans leur établissement.

Les réponses négatives sont supérieures à la moyenne des autres séries, de la même façon que les réponses positives sont elles-mêmes inférieures à cette moyenne : c'est la série où l'insatisfaction est la plus marquée, et dont la cause reste à apprécier tant en intensité qu'en fréquence.

1.2.2 Série 2 : L'image du Médecin de l'Education Nationale

« Moi le mien m'a déjà sorti une belle épine du pied ! La preuve qu'ils sont utiles, on l'a quand on ne peut pas les joindre... »

Les Chefs d'établissement semblent plus à l'aise pour s'exprimer (le taux de NR est inférieur à la moyenne), et l'image est globalement bonne, même s'il apparaît quelques nuances selon les thèmes. On ne retient pas de grief aigu, puisque la notation la plus faible est à 2,1. C'est également la série qui cumule le plus de réponses 4 et 5.

Ils sont unanimes pour affirmer que les résultats pour l'élève ne peuvent être acquis que si les objectifs sont clairement exprimés et convergents, et l'image professionnelle valorisée du Médecin s'appuie fortement sur son rôle de conseiller technique.

1.2.3 Série 3 : La place de la santé dans l'établissement

« La santé n'est pas une priorité à proprement parler, mais vue à la façon du Médecin, elle peut effectivement en faire partie ; pour ça, il faut qu'on puisse en parler ensemble, parce que chacun connaît des choses que ne connaît pas l'autre ».

C'est à la fois la série cumulant le plus de NR, donc de gêne ou de réticences se traduisant par une réserve de la part des Chefs d'établissement, et le plus de réponses 5 démontrant un certain enthousiasme.

Ils confirment la problématique de la disponibilité du Médecin, et insistent sur le paramètre relationnel qui intervient dans l'efficacité de la relation de travail. Ils montrent une sensibilisation vers la prévention, signant une convergence nette sur le sens du travail de fond avec le Médecin.

On peut déjà dire que cette série met en évidence une constatation de la réalité plutôt positive (écoute du Médecin, réactivité aux demandes, bons rapports avec l'équipe éducative), mais surtout un certain nombre de souhaits qui sont formulés de manière insistante : le travail en équipe, le partage d'informations (qu'ils considèrent facilité par leur devoir de discrétion) assorti d'une prise de décisions en commun, une bonne

connaissance de l'environnement par le Médecin, une augmentation des moyens de celui-ci (thèmes récurrent de la disponibilité et du temps passé dans l'établissement), et l'importance d'avoir toujours le même interlocuteur.

Nous sommes donc en face d'une insatisfaction probable dans la relation de travail, avec une certaine retenue à se prononcer de la part des Chefs d'établissement, une image du Médecin globalement valorisante, et un bon coefficient d'accord sur sa place, mais avec des réticences qui ne sont pas à négliger. D'une manière générale, le médecin n'est donc pas mis en cause directement, mais plutôt la façon dont s'établit la relation de travail.

2 APPROCHE QUALITATIVE

La répartition globale des réponses (en pourcentages) par thèmes est la suivante :

	NR	0	1	2	3	4	5
RELATION	4,0%	5,6%	9,6%	9,1%	16,4%	32,8%	22,5%
CONSEIL	4,5%	3,8%	8,0%	9,5%	17,8%	34,5%	22,0%
PROFESSIONNALISME	3,4%	7,4%	9,7%	20,5%	20,5%	29,0%	9,7%
QUALITE	7,6%	5,3%	10,6%	12,1%	23,5%	22,0%	18,9%
QUANTITE	0,0%	19,3%	8,0%	20,5%	15,9%	13,6%	22,7%
METIER	4,5%	21,6%	15,9%	12,5%	11,4%	18,2%	15,9%
DISPONIBILITE	0,0%	18,2%	27,3%	16,7%	6,1%	19,7%	12,1%
ECOUTE	12,1%	6,1%	18,2%	10,6%	13,6%	30,3%	9,1%
BUDGET	11,4%	2,3%	4,5%	4,5%	15,9%	36,4%	25,0%

Globalement on le voit, il y a des sujets de satisfaction, voire d'enthousiasme (budget / conseil / relation) et des sujets qui « fâchent » (disponibilité / métier / quantité) On peut s'interroger sur les résultats « écoute » ou « professionnalisme » car les bonnes opinions ne sont pas majoritaires (annexe 3).

2.1 ANALYSE DES SOUS-THEMES

La représentation graphique des résultats de cette analyse se trouve en annexe 3

2.1.1 La relation

C'est un thème où l'expression est forte : les relations sont bonnes et sont jugées nécessaires (« quand on peut, on discute boulot devant le café »).

Cependant, les Chefs d'établissement estiment que la connaissance des métiers respectifs devrait être améliorée : elle est une éventuelle source d'interrogations, voire de malentendus, et ils présentent une perception assez floue des orientations et objectifs du Médecin. (« Je ne sais pas toujours quel est l'intérêt du Médecin à voir telle classe plutôt qu'une autre »).

Si la relation de personne à personne avec est considérée comme un élément positif, elle est surtout envisagée comme catalyseur des résultats à atteindre pour l'enfant (« on se connaît bien maintenant ; je sais que je peux m'appuyer sur son avis ») La relation avec l'équipe pédagogique est souhaitée plus étroite.

Confiance et partenariat sont deux attentes importantes qui globalement semblent assouvies.

Mais un certain nombre de souhaits sont clairement exprimés : convergence d'objectifs, Médecin plus disponible et toujours le même ! Toutes les questions en rapport atteignent des scores éloquents.

Enfin, on note que les chefs d'établissement pensent ou désirent être les moteurs de la relation de travail avec le MEN.

2.1.2 Le rôle de conseiller technique

Les scores sont là encore éloquents : l'assistance technique, les propositions amenées par le Médecin sont appréciés.

Mais des attentes sont également bien démontrées à ce niveau : la connaissance de l'environnement de l'établissement par le Médecin, et ses interventions souhaitées dans la prise en charge des problèmes qui peuvent y être liés (« dans la région, c'est dans cette branche que ce gamin aura tout de même du boulot »).

Conseil et partenariat sont liés, et une participation effective des 2 interlocuteurs à la prise de décision est attendue (« des fois, je ne sais même pas si le jeune a été vu ; ça n'avance pas beaucoup les choses ! »).

Le fort taux de NR (4,5%) traduit cependant une certaine « sensibilité » du sujet : susceptibilité ou prérogative ? En terme de communication, il faudrait penser à quelque chose vécu comme une sorte « d'autoritarisme » exacerbé de la part du Médecin ; concrètement, il faut évoquer une réserve du Médecin, des difficultés de partage qu'impose le respect du secret médical, qui sont alors mal vécues par les Chefs d'établissement (« comment voulez vous qu'on aide si on ne sait pas ce qu'il a ? Je pense qu'elle ne veut tout simplement pas discuter ! »).

2.1.3 Le professionnalisme

Pour les chefs d'établissement, le professionnalisme passe obligatoirement par l'implantation au niveau local, la créativité des démarches proposées et leur adaptation à la juste mesure et au contexte donnés par l'environnement socio-géographique (« vous savez, ici, quand on va voir le psychologue, premièrement il faut faire 35 kilomètres au moins, et en plus on se fait traiter de fou : vous imaginez pour le jeune dans quelle situation ça le met, même s'il en a besoin »).

La plupart regrettent la méconnaissance réciproque des métiers et mettent en avant ce qui leur semble relever d'une déficience de dynamisme et d'investissement du médecin, conduisant à insister sur leur ignorance de la charge de travail (« c'est pas difficile, en dehors des visites de machines, il n'y a plus personne ! »).

Concernant le suivi des problèmes médicaux, la relation est floue et la répartition des tâches est incertaine (elle gagnerait probablement à être clarifiée). Dans tous les cas de figures, le chef d'établissement souhaite que ses avis soient mieux pris en compte.

2.1.4 La qualité du travail

La qualité effective du travail est perçue comme bonne par les chefs d'établissement, tant au niveau des rencontres que des actions (« en plus, quand on a des chutes ou des coups, elle a un diagnostic sûr ») ou de la créativité. Nous verrons dans les thèmes suivants que le vrai problème est celui de la disponibilité : si la présence du médecin est effective, la qualité est reconnue (« Quand elle prend en charge quelque chose, on est sûr que le résultat sera bon : le tout, c'est d'arriver à ce qu'elle vienne !). Par contre, il est net que les moyens que le Médecin peut mettre à la disposition du Chef d'établissement génèrent une véritable frustration (« Elle nous explique très bien ce qu'il faudrait faire, mais comme on n'a pas d'assistante sociale dans le secteur et que même convoqués par elle, les parents ne se dérangent pas, comment voulez-vous ?!... »)

2.1.5 La quantité dans le travail

Les opinions sont extrêmement tranchées, probablement par interprétation des questions : il semble qu'il existe une confusion entre quantitatif de travail et disponibilité. En ce cas, les fortes tendances négatives valoriseraient le travail du Médecin par obtention d'un résultat correct sur l'établissement, avec peu de temps consacré (= travail intense et quantitativement satisfaisant, même s'il est peu fréquent).

Mais la disponibilité du médecin est loin d'être satisfaisante, et sa présence est considérée comme un droit rarement assouvi, générant alors une importante quantité de travail qui n'est pas accomplie : 20% des Chefs d'établissement sont dans ce cas ! (« Je

ne sais pas comment ça se passe ailleurs, mais en tous cas ici, il y en a de plus en plus qui fument ou qui se droguent, et ça n'a pas l'air de l'angoisser ! »).

2.1.6 La disponibilité du Médecin

Les scores sont éloquentes et peuvent se passer de commentaires ! Le taux de NR (0%) le confirme si besoin est.

Incontestablement les Chefs d'établissement manifestent des attentes fortes et une insatisfaction sur la présence des Médecins de l'Education Nationale dans les établissements : 45,5% de Chefs d'établissement expriment un mécontentement net dans notre bassin, contre 31,8% d'opinions positives (« Vous n'allez pas me dire que c'est si difficile, même simplement un conseil par téléphone. Mais il n'y a même pas moyen de la joindre ! »).

Un point à leur honneur : si cette absence est regrettée, elle semble néanmoins comprise... (« Je ne comprend pas ce qu'il faudrait faire là haut pour qu'ils réagissent et prennent plus de Médecins ! »).

2.1.7 Le métier

Il existe de fortes attentes quant aux modalités de travail avec le Médecin, voire une remise en question totale de la méthodologie actuelle (« il y a du pain sur la planche avant que j'appelle ça un partenariat ! »).

Le chef d'établissement ne considère pas avoir besoin d'intégrer les objectifs du Médecin de l'Education Nationale pour effectuer son travail, ce qui est logique : compte tenu de la représentation que se fait l'équipe éducative de la santé, le Médecin est considéré comme un apport extérieur interférant directement et de façon positive sur la qualité de leur travail.

La définition des objectifs santé pose problème : soit, et c'est ce qui est le plus probable, le chef d'établissement refuse l'idée de les établir seul (§ partenariat, confiance, équipe éducative etc...), soit que ces objectifs lui soient plus ou moins imposés (contexte et environnement local qui les imposent...).

2.1.8 L'écoute développée par le Médecin envers le Chef d'établissement

Les réponses de type NR, 0, 1 et 2 représentent environ la moitié des réponses, exprimant ainsi une attente inassouvie,..... et peut être même des reproches !

Ceci viendrait alors en contradiction avec les notions de partenariat précédemment évoquées. En terme de communication, l'explication est simple, la pratique de l'écoute active étant très variable selon les individus, les motifs variables, ce qui n'est alors pas différent de ce que l'on retrouve dans les autres catégories professionnelles.

2.1.9 Le budget

Sur le plan financier, les actions de prévention ne sont pas défavorisées au profit des investissements. Cependant, compte tenu des 18% de NR, il apparaît que l'on touche à un sujet quelque peu sensible : l'établissement des besoins budgétaires du Médecin semble poser problème, et 2 hypothèses sont possibles : soit que le budget en lui-même est insuffisant, soit encore que le « coût à la présence » est alors jugé trop fort ?

2.2 APPROCHE EN TERME DE REALITE VECUE/SOUHAITS

(La représentation graphique des résultats se situe en annexe 4)

L'objectif est de mettre en avant des éléments concrets, positifs ou négatifs, et de les confronter à des souhaits exprimés ou pas habituellement. Cette démarche a pour objectif de conforter la pertinence des modes existants, et de permettre l'émission de propositions visant à améliorer notre relation de travail.

La cotation de l'ensemble des questions rassemblées sous le vocable « réalité » présente une moyenne à 2,9, soit « je suis assez d'accord avec.. », ce qui sous entend des réticences ou des attentes inassouvies, par ailleurs confirmées par le score de 3,5 de la catégorie « souhaits ».

2.2.1 Catégorie « réalité »

	Pénalisent la moyenne (Moyenne de l'insatisfaction sur l'existant)	Majorent la moyenne
Série 1 : la relation de travail avec le Médecin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le temps consacré à l'établissement (m= 0,8) ▪ La faisabilité des rencontres (1,9) ▪ La disponibilité des Médecins (1,5) ▪ Les moyens mis à disposition du Chef d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les bons rapports (4) ▪ L'efficacité des rencontres (3,6)
Série 2: l'image du Médecin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le partage des responsabilités (mêmes médicales) (m= 2,1) ▪ La méconnaissance du travail du Chef d'établissement par le Médecin (2,5) ▪ L'investissement et la dynamique du Médecin (2,5) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le rôle de conseil (4,1) ▪ Le partenariat (3,8)
Série 3: la place de la santé scolaire dans l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La définition des objectifs santé de l'établissement ▪ La transmission de ces objectifs (1,9) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La connaissance de l'environnement extra scolaire par le MEN (4,1) ▪ L'obligation de discrétion du Chef d'établissement et sa relation avec le MEN (4,0)

La série 1 sous-entend donc que la qualité et l'intérêt du travail du Médecin ne sont pas en cause, mais bien la problématique du manque de présence dans l'établissement.

La série 2 confirme que le Médecin est reconnu dans son rôle de conseiller technique mais laisse apparaître aussi que le Chef d'établissement aimerait mieux comprendre et partager ses objectifs de travail et que l'investissement personnel du médecin dans la dynamique de l'établissement gagnerait à être amélioré.

La série 3 met en avant la bonne connaissance du terrain dont fait preuve le Médecin, et le fait que la relation qui existe entre les 2 interlocuteurs et la confiance qu'elle sous entend sont des atouts majeurs.

2.2.2 Catégorie « souhaits »

	Sont mis en avant	Remarque
Série 1 : la relation avec le Médecin	<ul style="list-style-type: none">▪ L'accroissement des contacts	Pas d'amélioration dans les modalités de fonctionnement inter-personnel
Série 2 : l'image du Médecin	<ul style="list-style-type: none">▪ La convergence des priorités et objectifs▪ Le désir de communication	Pas de souhait sur la flexibilité ce qui sous entend qu'habituellement les propositions du Médecin sont acceptables par l'équipe éducative
Série 3 : la place du service santé dans l'établissement	<ul style="list-style-type: none">▪ L'accroissement des moyens et de la disponibilité du MEN▪ Le fait d'avoir toujours affaire au même Médecin	Pas d'attente sur la réactivité par rapport aux demandes

2.2.3 Synthèse (annexe 4)

L'approche sous cet angle du questionnaire permet donc de dire qu'un regard positif des chefs d'établissement sur les médecins scolaires de leur secteur se basera essentiellement sur

- leur rôle de conseiller technique (moyenne = 4,1)
- la connaissance concrète de l'environnement extra scolaire dont ils doivent faire preuve (moyenne = 4,1)
- les bonnes relations qu'ils entretiennent basées sur la confiance (m = 4,0)
- la notion de partenariat qui en découle (m = 3,8)
- et l'efficacité des entretiens lors du travail (m = 3,6).

Des souhaits sont mis en avant de manière formelle, tels que l'accroissement des contacts (4,4), corrélé à l'accroissement des moyens et surtout de la disponibilité des médecins (4,3), le fait de ne pas changer de médecin afin d'établir une continuité dans l'historique de la relation (4,2), d'avoir une convergence concrète des priorités et objectifs de travail (4,0) et enfin de travailler la communication entre les 2 interlocuteurs (3,8) autour de l'élève.

2.3 APPROCHE SOUS L'ANGLE DE LA TYPOLOGIE DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Lors de l'approche globale on constate un certain nombre d'écarts dans les réponses ; ces écarts correspondent à la vision propre des interlocuteurs sur le sujet. Pour comprendre ces écarts, il faut donc tenter de comprendre les interlocuteurs.

L'ensemble des paramètres communs (relationnel et respect des règles) est utilisé de façon extrêmement diverse en fonction des individus ; l'auto analyse est toujours satisfaisante (personne ne dira : « moi, je ne communique pas ») mais la réalité démontre le contraire et la plupart des problèmes sont issus de cette différence d'appréciation.

(EX pour un Médecin : « Je pense être particulièrement disponible compte tenu de mes contraintes, et on pense que j'ai d'autres priorités »; ou bien pour un Chef d'établissement : « je mets en œuvre le maximum de moyens et on considère que je n'en fais pas assez ou que le résultat tarde à se manifester »).

La relation Médecin / Chef d'établissement n'est pas une relation de type hiérarchique : l'un ne peut imposer quoi que ce soit à l'autre ; elle passe par un partenariat et cette collaboration ne sera possible que si un minimum de communication s'instaure entre les 2 interlocuteurs. On imagine aisément que les conditions de travail et donc les résultats seront variables selon les comportements ; l'influence sur la prise en charge des élèves ne sera par conséquent pas la même.

(EX : Un Chef d'établissement désabusé, de nature réservée n'amènera pas la même attention et les mêmes facilités à la mise en œuvre de solutions ; si le Médecin est un enthousiaste, il aura une totale liberté d'action, mais les résultats pour l'élève seront entièrement dépendants de sa motivation.

Par contre un chef d'établissement enthousiaste développera une écoute et une motivation importantes pour l'élève ; si le Médecin est lui-même enthousiaste, on peut être certain que ni le manque de temps, ni le manque de moyens matériels ne seront des obstacles à une prise en charge optimale pour le jeune, compte tenu de la mise en commun de la créativité que ce binôme de professionnels développera).

La présentation sera centrée autour de la moyenne, sur un axe orthonormé, où l'origine de l'axe est représenté par cette moyenne ; (il faudra donc interpréter les résultats par rapport à cette moyenne : plus ou moins rigoureux que la moyenne de la population des Chefs d'établissement analysée).

Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement de valeur mais plutôt d'une tendance de positionnement, car la valeur intrinsèque de cette moyenne par rapport à la population générale est inconnue.

2.3.1 Analyse du diagramme

(La représentation graphique des résultats se situe en annexe 5)

Elle amène un certain nombre de constatations :

- Une répartition autour de la bissectrice de l'axe orthonormé, qui signe un relatif équilibre entre les préoccupations purement professionnelles, de travail (moyenne = W) et celles relationnelles (moyenne = R).
- On peut identifier 3 grands groupes de Chefs d'établissement
 - Ceux ayant un relationnel et une rigueur inférieurs à la moyenne du groupe, décrivant une population moins encline à « aller de l'avant », dialoguer, représentant 23% de la population des Chefs d'établissement.
 - Un groupe médian décrivant le Chef d'établissement type puisqu'aux alentours de la moyenne, incluant 45% de la population.
 - Un groupe avec un relationnel et une rigueur supérieurs à la moyenne, décrivant des Chefs d'établissement mettant l'accent sur leurs relations avec les autres mais également un soucis de respects des directives et objectifs supérieur à la moyenne, représentant 32% des Chefs d'établissement du bassin.
- On remarque également l'absence de positionnement de valeur dans les cadrans « fort relationnel et faible rigueur », décrivant des Chefs d'établissement qui feraient passer l'humain au détriment du respect des procédures, ou « faible relationnel et forte rigueur » décrivant au contraire des Chefs d'établissement appliquant de façon autoritaire des procédures sans se soucier de l'incidence sur les gens.

On voit donc bien que la plupart des chefs d'établissement ont un fonctionnement équilibré entre le respect des procédures (signant une volonté nette de mettre en œuvre l'ensemble des moyens permettant d'aller dans le sens de l'intérêt de l'enfant), et une volonté de compréhension et d'empathie à l'égard des interlocuteurs avec qui ils sont amenés à travailler autour de l'élève, ce qui devrait normalement faciliter la relation de travail.

Evidemment ces paramètres sont plus ou moins marqués et décrivent des comportements plus ou moins actifs dans la relation avec le MEN (ce qui ne signifie pas que ceux qui sont inférieurs à cette moyenne ne soient pas impliqués !).

Question : est il possible d'identifier certains éléments à l'origine de ce comportement à partir des réponses du questionnaire ?

La réponse est « oui » et à titre d'exemple voici une analyse des réponses du DE n° 17 représentatif du groupe 1 (R= 2,5 ; W = 2,3), et lui même côté (R = 2,2 ; W = 2,3) :

- (1) L'analyse détaillée de ses réponses à valeur «0 » et «1 » met en évidence les points suivants :

- sur le plan relationnel : des rapports du Médecin avec l'équipe éducative qui sont jugés déficients, sans d'investissement constaté, ni réactivité et implication au niveau des solutions, auxquels s'ajoutent des problèmes d'expression difficile pour le Chef d'établissement, alliés à une absence d'écoute du Médecin et enfin un passé (voire un passif) ou un historique qui n'est pas positif.

Au final, la difficulté relationnelle Médecin / Chef d'établissement est clairement exprimée

- sur le plan travail : le temps de présence du Médecin insuffisant, une absence d'appui et de confiance, confirmé par l'inexistence d'un partenariat, la méconnaissance de ses objectifs et contraintes et enfin la confirmation du manque d'investissement et de dynamisme constatés sur le plan relationnel.

On comprend aisément le peu d'enthousiasme du N° 17 qui ne peut que très rarement compter sur une assistance médicale dans la résolution des demandes ou attentes concernant ses élèves. Cette faible motivation va induire un comportement très réservé voire désabusé à l'encontre du Médecin, empêchant de ce fait toute synergie dans la résolution des problèmes élève.

- (2) Il est intéressant pour confirmer cette 1° approche de vérifier si les questions à forte adhésion « 4 » et « 5 » confirment ou infirment cette analyse : il souhaite une amélioration de la communication et un Médecin plus proche de l'équipe éducative, à l'écoute et surtout des modalités dans les relations de travail différentes. Assez curieusement il évoque de bons rapports avec lui ce qui est en contradiction avec l'ensemble du reste de ses réponses ; on peut logiquement évoquer 3 types d'explications :

- Soit des modes de travail intrinsèques incompatibles.
- Soit une réponse sur les rapports personnels de type «politiquement correcte » et largement édulcorée.
- Soit une incompatibilité d'humeur avec ce Médecin.

Il confirme les prérogatives médicales du Médecin, son désintérêt pour la matière ainsi que son manque de connaissance du métier de Médecin scolaire, il met en avant la facilité de construction d'une réunion (sans préjuger du contenu et des méthodes) et souhaite une unicité d'interlocuteur, laissant entendre que le turn over est pour lui une difficulté supplémentaire.

- (3) Conséquences pour l'élève : l'absence de synergie est pénalisante pour lui et qui plus est, les problèmes d'écoute et une certaine susceptibilité par rapport aux prérogatives personnelles viennent encore compliquer la situation. Au final du point de vue du Chef d'établissement le manque d'investissement et d'implication aussi bien envers lui qu'envers

l'équipe éducative est un frein à une recherche productive de solutions, et donc représentent un élément négatif pour l'élève.

2.3.2 La typologie

L'analyse du questionnaire par rapport au relationnel et au travail, en repérant les points faibles (scores 0 à 1,2) et les points forts (scores 3,8 à 5) aboutit à relever 3 types de Chefs d'établissement, qui auront donc des attentes identiques mais différemment exprimées et par conséquent des comportements face au Médecin variés et variables. *Précisons que ce sont des types extrêmes (chacun étant en réalité une composante des 3 types), dont les traits sont forcés et à la limite de la caricature ; ils sont virtuels, mais reflètent une certaine réalité perçue.*

2.3.2.1 Le type 1

- sur le plan relationnel : le Médecin lui apparaît comme quelqu'un d'absent, en tous cas de très peu disponible, avec lequel les rapports personnels ne sont pas satisfaisants car il paraît peu impliqué et ne pratique pas l'écoute. De plus ses rapports avec l'équipe éducative sont souvent jugés distants.

En contre partie il y a un souhait d'amélioration de la relation, en particulier en augmentant la fréquence des contacts et d'une manière générale en modifiant les modes de travail ; le chef d'établissement souhaite ainsi que plus de décisions soient prises en commun.

- sur le plan travail : le peu de présence sur l'établissement du Médecin avec difficulté de mettre en place des réunions de travail lui font penser qu'il n'y a pas de partenariat car l'investissement et le dynamisme lui semblent à minima, mais aussi parce qu'il ne le connaît pas. Le Chef d'établissement juge d'ailleurs les moyens du Médecin faibles et il y a souvent divergence sur la notion de suivi des actions.

Par contre si la réalité semble assez négative, l'esprit positif du Chef d'établissement se manifeste par un certain nombre de souhaits, en particulier une meilleure connaissance de son équipe éducative et un accroissement des moyens du Médecin ; souhaiter toujours le même Médecin confirme cette opinion.

- *sur le plan de l'élève* : On est en présence de 2 personnes qui travaillent en parallèle chacune de leur côté, ce qui ne remet pas en cause leurs motivations respectives, mais ne favorise pas la synergie des moyens dont il pourrait bénéficier. Il serait faux de dire que celui-ci est délaissé, mais il est au carrefour de 2 interlocuteurs qui ne communiquent pas entre eux, et peut être même peut-il lui arriver d'être pris entre 2 feux. Cette situation pourrait être modifiée facilement si les 2 se connaissaient, dialoguaient et se comprenaient, en un mot s'ils communiquaient au sens vrai du terme, ce d'autant plus que la volonté existe de part et d'autre !

2.3.2.2 Le type 2

- sur le plan relationnel : sans être mauvais, les rapports sont jugés peu satisfaisants, et surtout améliorables (peu de disponibilité du Médecin). En contre partie, il y a un souhait pour augmenter ces contacts, une reconnaissance de rapports corrects et une demande pour une harmonisation des objectifs et priorités des 2 interlocuteurs.

- sur le plan de la relation de travail : Il existe une méconnaissance respective des métiers parfois source d'incompréhension, et il peut apparaître des divergences dans la conception et/ou la réalisation du suivi.

Les rencontres sont efficaces car le Médecin est vu comme un partenaire et un conseiller qui devrait mieux connaître l'équipe éducative et l'environnement extra scolaire.

Des souhaits énergiques sont formulés pour augmenter ses moyens et sa disponibilité, mieux le connaître et surtout disposer toujours du même interlocuteur.

- *pour l'élève* : ces 2 interlocuteurs souhaitent communiquer pour améliorer leur efficacité respective. Cette absence de communication pénalise un partenariat efficace, même si la relation ne paraît pas à priori difficile ou délicate. Le sens de l'élève est beaucoup mieux pris en compte globalement que dans le groupe précédent, mais l'efficacité dans les démarches mises en œuvre n'est pas au maximum : l'élève se sent pris en main aussi bien par l'un que par l'autre, mais l'aboutissement est parfois long, et l'image risque d'être « qu'on s'occupe de lui, mais sans trop de résultats concrets ».

2.3.2.3 Le type 3

- sur le plan relationnel : Peu de griefs envers le Médecin si ce n'est sa disponibilité ; les rapports sont alors jugés comme frustrants même s'ils sont empreints de compréhension. Ces Chefs d'établissement ont bien compris tout l'intérêt et les avantages concrets pour le jeune et pour eux-mêmes, et dans ce sens, ils sont très demandeurs du Médecin. Soucieux d'efficacité, l'écoute du Médecin aussi bien envers eux qu'envers l'équipe éducative est appréciée. Dans ce cas, le niveau de confiance est élevé d'autant que la convergence des priorités dans le travail est effective.

- la relation de travail : le thème récurrent de la disponibilité réapparaît, et les moyens du Médecin sont jugés assez faibles. En contre partie, celui-ci est vu comme un partenaire solide, un véritable conseiller technique sur qui on peut s'appuyer car il est force de propositions et partage avec le Chef d'établissement les difficultés.

Ce dernier souhaite que les moyens et la disponibilité de ce véritable partenaire soient augmentés de même qu'il souhaite que le Médecin connaisse mieux l'environnement extra scolaire et son équipe éducative. Il est prêt à lui apporter un appui financier pour des actions communes et préfère avoir toujours le même interlocuteur. En résumé, pour ce type de chef d'établissement, une idée directrice : « ne nous privons pas des moyens et conseils que le MEN peuvent mettre à notre disposition ».

- *pour l'élève*: Il est le point de convergence de l'efficacité du Médecin et du Chef d'établissement. C'est dire qu'il en tire tous les bénéfices, avec une prise en charge pertinente, originale et adaptée. L'énergie déployée à son égard est non seulement un élément de satisfaction mais aussi un élément de motivation pour mettre en œuvre à son niveau les préconisations des 2 partenaires ; c'est un élément très rassurant pour l'élève et sa famille, déterminant dans la relation de confiance qui s'établit entre l'établissement scolaire et eux.

PROPOSITIONS CONCRETES

La finalité de la démarche est de proposer des solutions simples et directement exploitables pour potentialiser la communication entre le Médecin et le Chef d'établissement, favorisant ainsi le partenariat indispensable autour de l'élève, en essayant de prendre en compte un panel extrêmement varié de situations.

1 LES SUPPORTS DES DIFFICULTES DE COMMUNICATION

Certains thèmes vont intrinsèquement générer des difficultés de communication entre Médecin et Chef d'établissement.

1.1 LE TEMPS

Quel que soit le type de Chef d'établissement auquel le Médecin scolaire a affaire, le manque de disponibilité et le temps de présence sur l'établissement limité restent des sujets sensibles. La méconnaissance réciproque du métier de l'autre, amène parfois les Chefs d'établissement à considérer ce peu de présence comme un manque d'investissement ou de dynamisme.

Il ne faut pas oublier que nous sommes des Médecins « de terrain », et que s'il existe parfois des difficultés à nous contacter, c'est précisément parce que nous y sommes ! En ce sens, la dotation d'un téléphone mobile à chaque Médecin de l'Education Nationale serait une mesure simple et peu onéreuse de nos jours, qui faciliterait grandement notre tâche, de nature à rassurer les Chefs d'établissement et donc propice à l'établissement d'un climat plus détendu.

Pour autant les contraintes, parfois très chronophages, amenées par notre mode d'exercice (importance des secteurs, priorités de nos actions) gagneront à être énoncées ou rappelées dès les premières rencontres, afin d'éviter tout malentendu.

1.2 LES OBJECTIFS DE TRAVAIL

Bien que dépendants d'une même académie, les priorités des uns et des autres sont parfois différentes dans leur établissement hiérarchique. Ils devront donc être bien explicités dès le début de l'année scolaire.

Par exemple : pour le Médecin, la primauté d'actions collectives (priorité académique des visites d'admission au CP dans le Nord) sur de l'individuel non

urgent estimé non prioritaire, ou sur des actions de prévention pourtant utiles dans un établissement (cas de l'hygiène dans notre exemple de départ)

Le partenariat ne sous-entend pas un abandon des objectifs propres à chacun, mais la création d'un nouvel objectif commun aux deux et leur contribution à celui-ci.

1.3 LA CONNAISSANCE DE L'ENVIRONNEMENT EXTRA-SCOLAIRE ET LES MOYENS APPORTES

Le Médecin scolaire est au centre des différentes actions mises en place autour de l'élève ; il est logiquement en charge de les impulser, soit par une mise en place directe, soit en s'appuyant (entre autre) sur le Médecin Généraliste ;

Ceci sous-entend la maîtrise d'un réseau solide et développé. Il est nécessaire d'insister sur le fait que cette obligation concerne effectivement les moyens, non les résultats, et il faut rappeler la pénurie de certains secteurs en spécialistes, en moyens de transport ou autres...conduisant à une totale impuissance de prise en charge.

Exemple : il faut quelques semaines à un Médecin nouvellement en poste dans un secteur totalement inconnu pour être « fonctionnel », et avoir constitué un semblant de réseau.

1.4 LA NOTION DE SUIVI

Celle-ci peut mettre en jeu le concept de secret : bien que Médecin et Chef d'établissement soient astreints à un secret professionnel¹², le secret médical ne permet cependant pas un partage total au Médecin, qui reste de seul juge des informations à délivrer en regard de la confiance dont il est investi. Le plus souvent, c'est concrètement le bon sens et la confiance régnant entre les partenaires qui amènent le juste équilibre permettant leurs actions complémentaires, et une simple information succincte concernant les conséquences s'avère souvent utile.

Dans le cas de la mise en jeu du troisième réseau décrit au départ, la définition précise des actions de chacun doit être établie au cas par cas, et ceci dès le départ de la prise en charge : en effet, l'interlocuteur n'étant pas clairement défini, chacun peut penser que c'est du ressort de l'autre (ou inversement !).

¹² Loi n° 83-364 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1.5 LE CONTEXTE

Celui ci doit être pris en considération.

Même avec une forte volonté de communiquer, il est des moments où l'interlocuteur se trouve dans des disposition d'esprit qui ne la facilite pas (soucis familiaux, attente de résultat, état de santé, etc). Comme on dit quelquefois « il y a de jours avec et des jours sans » Et bien sûr, les jours « sans » peuvent être générateur de conflits.

2 LA « PREVENTION » DES DIFFICULTES DE COMMUNICATION¹³

Avant même qu'un acte de communication ne soit assuré, trois paramètres doivent être identifiés afin que celui-ci ne se résume pas à une simple transmission d'informations, mais débouche bien sur un échange, avec potentialisation mutuelle des moyens autour d'une prise en compte globale de l'élève.

2.1 L'EVALUATION DU CLIMAT DANS LEQUEL VA S'ETABLIR LA RELATION

Il est lié à un certain nombre de paramètres dont certains apparaissent clairement dans l'enquête. Vont faciliter les relations : une connaissance personnelle, à titre individuel, de l'interlocuteur Médecin (le fait que ce soit toujours le même Médecin), l'historique de la relation (la façon dont les actions antérieures ont été menées et les résultats auxquels elles ont abouti vont déterminer une plus ou moins grande crédibilité du Médecin en regard de son organisation et de ses compétences particulières), le rôle prépondérant des contacts, de leurs modalités d'aménagement (disponibilité du Médecin, facilité à le joindre, ou simple rencontre informelle et spontanée) et de déroulement matériel (au calme, sans interruptions intempestives).

2.1.1 Le climat est d'emblée négatif

Il ne peut y avoir comme explication logique qu'un historique lourd. L'erreur serait alors à occulter les problèmes antérieurs ; il faut au contraire poser clairement le problème sans rechercher la justification, et la perte de crédit ou de confiance qui en résulte doit être contrecarrée par des résultats concrets, des preuves matérielles d'efficacité.

¹³ ROUSSEAU P. *Comprendre et gérer les conflits dans les entreprises et les organisations*. Lyon, Chronique Sociale. 1990. pp 91-106.

2.1.2 Le climat est neutre

C'est ce qu'on appelle une phase d'évaluation (elle est systématique dans le cas d'interlocuteur ne se connaissant pas) : chaque interlocuteur fait preuve de réserve en ne dévoilant pas sa propre stratégie, avec pour objectif de l'adapter à celle de l'autre si elle lui convient. Il faut alors vérifier que les objectifs fixés sont en corrélation, et rechercher un consensus en cas de problème, en évitant un comportement méfiant ou en cherchant à imposer son point de vue.

2.1.3 Le climat est positif

Il est la résultante d'un historique positif ou d'une volonté avérée de communiquer au sens vrai du terme. Il faut laisser le dialogue s'instaurer en restant sur les mêmes bases de travail, et porter l'attention à maintenir cette ambiance en l'état.

2.2 COMMENT DELIVRER LE MESSAGE

Il faut s'appliquer à ce que le message émis intègre un certain nombre de paramètres :

- Ne pas parler trop vite ni trop lentement
- S'auto sensibiliser à l'impact de son ton habituel de diction (évaluer degré d'ironie ou de flegme par ex)
- Faire attention à ce que le rythme verbal se situe dans la médiane, évitant le discours monocorde ou trop dissonant, avec des accélérations brutales
- Faire très attention à l'utilisation de certains mots à connotation négative (problème, contrôle, formulaires, rapport)

2.3 LA PERSONNALITE DE NOS INTERLOCUTEURS

L'analyse du questionnaire met en évidence 3 grands types de chefs d'établissement. Nous allons les décrire en précisant qu'il s'agit de types extrêmes, à la limite du virtuel, donc rarement rencontrés tels quels au quotidien. La réalité étant beaucoup plus nuancée, les Chefs d'établissement seront un mélange des caractères extrêmes décrits.

2.3.1 Le type 1

Ce sont des Chefs d'établissement moins relationnels que la moyenne, se présentant eux-mêmes comme souples par rapport aux usages ; toute proposition mettant en avant l'aspect humain de la relation professionnelle sera laissée de côté, et toute rigueur par rapport aux règles sera considérée comme pesante.

Deux paramètres comportementaux sont à éviter pour le Médecin : 1) un abord trop convivial ou décontracté et 2) une mise en avant des obligations des uns et des autres (procédures, circulaires et autres notes de service).

Le problème est de déterminer pour le Médecin jusqu'où cette souplesse est acceptable et d'avoir une cohérence dans la tolérance. Quand ce niveau de tolérance aura été perçu, le fonctionnement s'établira par rapport à lui.

Exemple : une réunion est prévue le 23 à propos d'un dossier dont des éléments qui devraient être fournis le 15 parviennent la veille. Soit on refuse de participer à la réunion (c'est trop tard pour un travail correct, je n'ai pas eu le temps matériel d'en prendre connaissance), soit on tempère (je le regarde maintenant, je ferai ce que je peux)... Tout dépend alors de la personnalité ou de l'image que veut donner le Médecin : soit de quelqu'un « à qui on ne la fait pas », soit de quelqu'un de plus souple, mais avec le risque qu'on lui demande toujours plus de concessions...

2.3.2 Le type 2

Ce type de Chef d'établissement manifeste moins ses valeurs (qui pourtant existent fortement) car moins sensible aux procédures et moins axé vers l'autre (« je suis à un poste où le travail doit avancer et être fait »). Le sens du compromis auquel il est plus facilement accessible amène en pratique peu de dysfonctionnements (et d'autant moins si le Médecin l'aborde dans un état d'esprit similaire) : l'origine du conflit sera souvent du côté du Médecin en refusant ce qu'il ne peut accepter, et que malheureusement le Chef d'établissement aura du mal à comprendre et analysera à tort comme une agression personnelle (du type : manque de collaboration, manque de motivation ou défaut de courage professionnel...)

Les résultats du partenariat avec lui seront bons (au sens de professionnellement satisfaisants). Ils ne seront cependant peut-être pas intrinsèquement les meilleurs, et seront sous-tendus par un sentiment de frustration et de déception larvés (« N'aurions nous pas pu aller plus vite, plus loin pour l'élève, et surtout de manière plus facile ? »).

2.3.3 Le type 3

Son aptitude au contact humain le place en bonne position pour identifier et résoudre les actes de communication. Sa rigueur par rapport aux règles et procédures, alliée à son sérieux dans son approche professionnelle rendent quelquefois son abord délicat (image de forte maîtrise de soi), mais ses qualités d'écoute et de négociateur en font un interlocuteur apprécié du Médecin scolaire. Compte tenu de la haute idée qu'il se fait de son métier, les dysfonctionnements surviendront sur ses notions de valeurs personnelles et toute dérive sera potentiellement génératrice de dysfonctionnement, en particulier sur les sujets suivants : l'intérêt premier de l'enfant sous toutes ses formes,

l'investissement personnel et la motivation, le sens aigu du résultat, le souci de l'interlocuteur et la nécessité de communiquer (au sens vrai du terme), la rigueur dans le respect des procédures et règlements (et non la rigidité ou une vision sclérosée de par son sens de la négociation).

Les rares conflits avec le Médecin se manifesteront donc sur des signes incompatibles avec ses valeurs : précipitation ou travail dans l'urgence, manque de préparation, motivation, amateurisme, égocentrisme, honnêteté intellectuelle, etc.).

3 LA GESTION PREVISIONNELLE DES CONFLITS

S'il y a déjà difficultés de dialogue, nous en sommes donc au stade où la relation est limitée à un simple échange d'informations. Ceci ne remet bien sûr pas en cause la motivation respective des Chefs d'établissement ou des Médecins, mais ne favorise évidemment pas la synergie des moyens mis en œuvre autour de l'élève. L'objectif est alors de remettre en place une véritable communication.

3.1 LES SIGNES MATERIELS PRECURSEURS DES CONFLITS¹⁴

Les difficultés relationnelles se repèrent rapidement en analysant le climat et en observant l'interlocuteur dès les premières minutes de l'entretien : retard, agacement plus ou moins exprimé, accueil plus ou moins cordial, disponibilité plus ou moins grande, écoute apportée, impression de réserve, signes d'impatience, directivité exacerbée, volonté anormale de vouloir accélérer les choses, remarques ou réserves sur la nature des documents de travail

L'apparition de deux ou trois de ses signes doit alerter le Médecin sur la forte probabilité de survenu d'un conflit.

3.1.1 Si ces signes sont positifs

Il faut alors continuer ; le problème est ailleurs et ressortira ultérieurement

3.1.2 Si ceux-ci sont négatifs

Avant de voir l'historique et d'identifier le contentieux, vérifier que l'interlocuteur n'est pas dans un jour « sans » (soucis, fatigues, préoccupations annexes, etc) Le Médecin doit alors se préparer au conflit et à le gérer au mieux possible, sachant qu'il entrera dans l'une des 3 catégories suivantes :

¹⁴ BREARD R, PASTOR P. *Gestion des conflits*. Rueil-Malmaison. Liaisons. 2000. pp 171-205.

3.1.2.1 En cas de conflit réel

C'est l'impossibilité réelle de trouver un accord, parce que les points de vue se basent sur des critères différents mais tout aussi pertinents : tous deux ont raison (ils ne voient pas les choses de la même façon). Ce sont les conflits de valeurs ou de vision propre. Heureusement ces cas sont rares. La solution passe par le domaine de la négociation pour trouver un consensus (plus facile avec les types 1 et 2).

Par exemple : divergence sur les priorités d'action sur un dossier, évaluation différente des possibilités et des motivations d'un élève, Incompatibilité des priorités des uns et des autres, objectifs de travail différents, Interprétation différentes de paramètres non factuels.

3.1.2.2 En cas de malentendu

C'est une mauvaise compréhension, un quiproquo souvent lié à un manque d'écoute. Il suffit alors d'apporter la preuve matérielle sur laquelle est basé le malentendu. Le dysfonctionnement se lèvera de lui-même dans la mesure où les interlocuteurs sont tous les deux de bonne foi.

Par exemple : « Je vous apporte la réponse rapidement » : je peux penser que 15 jours sont déjà assez rapides quand mon interlocuteur s'attend à avoir la réponse sous 2 à 3 jours. Le conflit surviendra dans la semaine.

Autre exemple : mésentente sur la répartition respective des tâches : l'un croit que c'est l'autre qui doit effectuer la tâche et vice versa. Chacun se rejettera la responsabilité de bonne foi.

3.1.2.3 En cas de conflit prétexte

Le prétexte s'appuie sur la mauvaise foi d'un des interlocuteurs qui met en avant des raisons ou des paramètres non pertinents. La conduite à avoir n'est pas évidente à énoncer théoriquement (car liée à la situation elle-même), mais doit avant tout éviter de renforcer le prétexte.

Ex : la difficulté de trouver une date de rencontre où le Chef d'établissement met en avant un agenda chargé (prétexte) pour signifier sa mauvaise humeur sur la couverture de l'établissement ou la fréquence de passage, qu'il ne veut pas aborder directement ; ou pour un Médecin la charge de travail conférée par une priorité autre, si dans cet établissement ses conditions de travail (élèves libérés et horaires des convocations respectés par exemple) sont pour le moins ignorées.

3.2 LES PRINCIPES DE LA NEGOCIATION¹⁵

Ceux-ci s'appuient sur un postulat qui consiste à intégrer le fait qu'en phase de négociation il n'y a « ni gagnant, ni perdant ». Tout d'abord définir ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas (en clair définir les limites) et ensuite définir un schéma d'argumentation ; celui-ci qui doit s'appuyer non pas sur les avantages d'une proposition, mais sur les caractéristiques propres de cette proposition. En effet les avantages avancés sont souvent subjectifs (par rapport à la vision propre de l'émetteur) et donc susceptibles d'être rejetés par l'autre. Si l'on passe par les caractéristiques matérielles et concrètes de la proposition, celles-ci ne sont pas discutables et donc ne peuvent être rejetées.

Il convient ensuite pour mettre en forme sa proposition de s'appuyer sur les caractéristiques admises et de les transformer en avantages correspondants. Dans ces conditions l'acceptation est beaucoup plus facile car peu sujet à controverse.

3.3 REPERER LE TYPE D'INTERLOCUTEUR

Aidera alors le médecin à adapter son discours :

3.3.1 Avec un type 1

Probablement ses attentes sont elles inassouvies par rapports aux engagements antérieurs (présence du Médecin dans l'établissement, éducation à la santé adaptée à l'environnement, prise en charge des difficultés particulières difficiles pour diverses raisons indépendantes du Médecin...) ; elles doivent être identifiées et expliquées (et non justifiées).

Le message doit être concret et direct, en mettant en avant des faits.

Remarque : il est souvent efficace de dire à ce Chef d'établissement : « Que proposez-vous ? Je vais faire mon possible pour m'adapter à vos propositions ». Il sera alors possible de reprendre un à un ses arguments et de les démonter objectivement ou de les appuyer.

Ex : Remarque d'un Chef d'établissement qui constate que certains problèmes augmentent dans son établissement sans qu'aucune action n'ait été menée : il ne sert strictement à rien de lui redire nos motivations, l'encombrement de notre emploi du temps... mais plutôt lui décrire concrètement le nombre d'élèves à voir en raison de telle mission (les priorités), leur agencement dans l'année, et chercher ensemble les moyens disponibles à mettre en commun pour faire face.

¹⁵ RATAUD P. *L'alchimie de la vente*. Paris. Editions d'organisation. 1990 (5^e édition). p 6

3.3.2 Avec un type 2

Probablement un problème d'affect ou de relationnel ; on peut aussi évoquer une certaine démotivation, une sorte de désabus, ou un problème d'incompatibilité d'humeur. Le message doit être rassurant et surtout pas professoral, ou pire, directif. Il faut laisser croire à cet interlocuteur que c'est lui qui dirige la manœuvre, ne rien lui imposer mais également ne rien se laisser imposer contre ses convictions.

3.3.3 Avec un type 3

Le risque est au conflit de valeurs qu'il convient d'identifier avant toute mise en œuvre. Le message doit alors être centré et argumenté sur la base de cette valeur pour avoir l'impact nécessaire. Chez ce type d'interlocuteur les valeurs sont faciles à identifier car souvent récurrentes : professionnalisme, sens de l'engagement personnel, valeur de la parole donnée, objectivité et rigueur intellectuelle, respect de l'interlocuteur, etc

4 LA FORMATION OU LA SENSIBILISATION DES MEDECINS

Comme avec les Chefs d'établissement, il est indispensable pour nous Médecins, de travailler en équipe avec d'autres corps de métiers, qui ont leur propre vision, autour d'un objectif commun, et les textes réglementaires présentent dorénavant la communication comme un outil à part entière et indispensable.

Mais il faut reconnaître que l'absence de formation au cours de notre cursus universitaire se fait parfois sentir de façon aiguë.

Il ne s'agit pas pour nous de devenir des professionnelles en communication, mais plutôt d'utiliser au minimum et de la façon la plus pertinente possible un outil pour lequel nous n'avons pas eu le mode d'emploi !

Sensibiliser à la communication, c'est démontrer à des gens souvent persuadés qu'ils communiquent bien, que la plupart du temps ils ne le font pas.

Si l'application de techniques de communication est de nature à faciliter la relation qui doit être établie, elle ira alors dans le sens des objectifs de l'Education Nationale en utilisant au mieux les qualités et compétences des Médecins, sans que cela ne demande d'augmentation substantielle de moyens.

CONCLUSION

Ce travail consiste en l'adaptation des grandes règles de la communication aux aspects de notre activité quotidienne. Mettre en œuvre une véritable communication est possible pour n'importe quel Médecin de l'Éducation Nationale de n'importe quelle région, en appliquant des règles et des lois qui sont bien identifiés, bien connus. La majorité des gens pensent que la communication est quelque chose de simple à mettre en œuvre, de quasiment naturel ; or nous pouvons constater qu'il n'en n'est rien.

1 COHERENCE DES RESULTATS AVEC LES HYPOTHESES

Les thèmes porteurs de points d'achoppement au partenariat sont aussi ceux qui présenteront un maximum de risque de difficultés de communication

- par le climat de relation négatif qu'ils auront généré au départ,
 - ou par les difficultés de dialogue qu'ils vont engendrer, en étant source d'incompréhension, de malentendus voire même de désaccord,
- ces difficultés de communication étant elles-mêmes extrêmement variables selon les interlocuteurs.

Quel que soit notre organisation personnelle nous ne sommes de toutes façons pas en nombre suffisant pour que la charge de travail soit moins lourde, nos choix sont le plus souvent limités car la totalité de notre temps de travail tente parfois de simplement couvrir les priorités académiques (ce qui peut poser des problèmes de cohérence dans notre tâche et ne correspond que très rarement aux attentes des équipes éducatives), nos moyens d'actions sont hypotrophiques car leur mise en place se borne à la coordination d'actions d'autres professionnels, et nous exerçons dans un domaine non médical en faisant preuve de compétences que notre formation initiale ne nous a absolument pas préparés à utiliser ; le tout étant cadré de façon stricte sur les plans juridique et déontologique.

Permettre à la communication désirée de part et d'autre d'exister,

- en étant joignable facilement,
- en ne laissant jamais une demande sans réponse,
- en expliquant à nos interlocuteurs ce que nos compétences peuvent potentiellement apporter aux leurs dans le souci commun de bien être et de développement de l'élève,
- et en mettant en œuvre les techniques de base dans l'établissement du dialogue,

pour un Médecin motivé à l'exercice de son métier (connaissant et maîtrisant aussi bien l'environnement que les moyens humains et matériels dont il dispose) et un Chef d'établissement, c'est mettre au service de l'élève un éventail de possibilités le plus complet possible pour favoriser son développement et son insertion.

2 LES LIMITES DES RESULTATS

La communication est un sujet extrêmement vaste, et le traiter en une soixantaine de pages est extrêmement réducteur et donc sujet à interprétation de la part du lecteur : tout dépend de tout, et tout influe sur tout !

2.1 TOUTE COMMUNICATION EST SITUATIONNELLE

Toute variation du contexte fera varier l'appréciation les thèmes et sous thèmes décrits et donc des comportement afférents, même si les mécanismes du raisonnement restent les mêmes.

Ex : dans certains secteurs médico-scolaires, le jeu des mutations des uns et des autres peuvent modifier considérablement les données ou l'importance des thèmes

2.2 LIMITES DE L'ETUDE

La typologie comportementale a été délibérément choisie, parce que plus facile à mettre en œuvre et donc plus exploitable. Basée sur l'observation de comportements, donc de faits réels et concrets, elle comporte un moindre risque d'erreur que la psychologie, mais constitue bien évidemment une approche moins approfondie.

La communication est une interrelation entre 2 individus, et le même travail d'observation aurait du être effectué auprès des Médecins du Bassin.

La multiplication des données aurait cependant complexifié d'autant l'analyse, pour en fin de compte très peu d'avantages pratiques en terme de solutions. La supposition de départ est donc un Médecin «classique », aussi attaché aux procédures qu'apte au relationnel, ceci par rapport à ses confrères. Il est évident que cette situation ne peut être qu'une supposition, chaque être humain étant, par définition, différent dans ses concentrations. Il convient en conséquence à chacun de bien savoir se situer sur ce plan, compte-tenu de l'absence de connaissance des valeurs par rapport à la population générale, en ayant bien à l'esprit qu'il ne s'agit que d'un simple positionnement.

2.3 CES RESULTATS NE DONNENT QUE DE GRANDES TENDANCES

Il existe autant de façons d'aborder la communication que de domaines dans lesquels elle est reconnue comme un outil à part entière et a été spécifiquement étudiée. Tous se rejoignent sans contradiction sur le plan dogmatique, mais en proposant un regard plus ou moins spécifique ou orienté.

Rien cependant ne semble avoir été produit concernant les Médecins de l'Education Nationale et les Chefs d'établissement.

Ce mémoire est donc une réflexion basée sur les travaux réalisés par des gens spécialisés en communication en psychologie, en marketing, en sociologie ou encore en management, représentants autant de références dans leurs propres domaines. Il ne peut par conséquent être qu'incomplet, mais a tenté d'exploiter ces différentes notions théoriques en les orientant vers les aspects concrets, pratiques et facilement utilisables au quotidien.

3 LES LIMITES DE LA COMMUNICATION

Si elle est indispensable au niveau de toutes nos relations de travail, et plus particulièrement dans celles avec les Chefs d'établissement, parce qu'elle peut aider à surmonter une grosse partie des difficultés, allant alors dans le sens des objectifs de l'Education Nationale pour les jeunes, elle ne peut cependant pallier au manque de Médecins, au même titre que bien d'autres professionnels de l'Education Nationale...

Si l'on «s'amuse» à tenter de dresser un semblant de bilan, en tenant compte (surtout actuellement) des autres offres de modalités de travail existant sur le marché de l'emploi pour un Médecin, force est de constater que ne peuvent décemment venir œuvrer dans l'Education Nationale que les passionné(e)s.

Peut-être l'Institution devrait-elle songer alors à mieux attirer «commerciallement», ou peut-être également notre exercice devrait-il être plus souvent et mieux présenté, notamment au niveau du corps médical, que celui-ci soit en exercice ou encore en gestation à l'intérieur des facultés.

Une des richesses dont peut, de façon évidente, s'enorgueillir notre métier est en effet de ne pas manquer d'argument susceptibles de susciter des vocations...

Bibliographie

- Circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des Médecins de l'Education Nationale
- Décret du 27 novembre 1991, complété par la circulaire du 12 janvier 2001
- Lois et décrets de 75, 82, 83 et 85, du 10 juillet 1989 (loi d'orientation), et du 20 décembre 1993.
- Loi n° 83-364 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- BLAKE R, MOUTON J. *La troisième dimension du management*. Paris. Editions d'Organisation. 1987 (4° édition) pp 35, 29-37, 141.
- BLAKE R, MOUTON J. *Les deux dimensions du management*. Paris. Editions d'Organisation. 1980.
- BREARD R, PASTOR P. *Gestion des conflits*. Rueil-Malmaison. Liaisons. 2000. pp 11-27.
- CARNEGIE & Associés. *Comment trouver le leader en vous*. Paris, Hachette. 1995. Chapitre 6 pp 79-90.
- CHALVIN D. *Tensions et conflits dans les relations personnelles*. Issy-les-Moulineaux :ESF. 2003 (3° édition). pp 38-45.
- LELORD F, ANDRE C. *Comment gérer les personnalités difficiles*. Paris, Odile Jacob. 2000.
- ANDRIEN A; *Le partenariat entre le médecin de l'Education Nationale et l'équipe éducative est-il possible ? Impact des représentations et des modes de fonctionnement*. Mémoire des médecins de l'Education Nationale. Rennes, ENSP. 2002. Disponible sur Internet : <<http://www.ensp.fr>>
- RATAUD P. *L'alchimie de la vente*. Paris. Editions d'organisation. 1990 (5°édition). p 6

- ROUSSEAU P. *Comprendre et gérer les conflits dans les entreprises et les organisations*. Lyon, Chronique Sociale. 1990. pp 91-106.
- STERN P. *Etre plus efficace*. Paris. Editions d'organisation. 2002 (2° édition). pp 28, 136, 153.
- TRACY D. *S'épanouir dans sa vie professionnelle*. Paris, Inter-éditions/Masson. 1997. pages d'introduction.
- WATZLAWICK P, HELMICK BEAVIN J, DON JACKSON D. *Une logique de la communication*. Paris, Seuil (3° édition poche). 2000.
- WATZLAWICK P. *La réalité de la réalité ; confusion, désinformation, communication*. Paris, Seuil. 1978

Liste des annexes

Annexe 1 : LE QUESTIONNAIRE

Page 1

Le 10 novembre 2003

Madame, Monsieur le Chef d'établissement

La circulaire relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves du 12 janvier 2001 (n° 2001-012) reconnaît la communication comme un outil à part entière de notre travail. « Le médecin scolaire appartient à la communauté éducative ; il entretient à ce titre des contacts réguliers avec elle ; le travail en réseau est devenu une nécessité... ». Quel que soit l'établissement, l'ensemble des personnels exprime la volonté de travailler en collaboration.

En tant que Chef d'établissement, vous potentialisez les conditions de vie scolaire par l'intermédiaire du Projet de l'établissement dont vous avez la charge.

Actuellement Médecin de l'Education Nationale stagiaire à l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes, je prépare un mémoire concernant les relations (et plus particulièrement la communication) qui existent ou qu'il serait souhaitable de voir s'établir entre les médecins et les chefs d'établissement de leur secteur, indispensables à une efficacité optimale.

Je vous serais infiniment reconnaissante de bien vouloir y contribuer en renvoyant ce questionnaire pour le 18 décembre prochain à

Madame le Docteur COLLINET
Médecin Départemental
Service de santé
Inspection académique du Nord
1, rue Claude Bernard
59033 LILLE CEDEX

Ce questionnaire anonyme comporte 3 volets distincts : relation, image et orientation. Pour des raisons statistiques, il a été impossible de le raccourcir sans nuire à sa fiabilité ou aux thèmes couverts.

Il vous demandera au total environ 30 minutes.

Vous en recevrez bien évidemment la synthèse en mars 2004.

Si vous le désirez, je me tiens à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire au 06 76 28 93 20 (merci de me laisser vos coordonnées pour rappeler)

Vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien y apporter, ainsi que de votre participation, je vous prie de croire Madame, Monsieur, à l'assurance de toute ma considération

Docteur Christine FOURNIER

SERIE 1 : RELATION AVEC LE MEN	SOUS-THEME	CATEGORIE	COMPORTEMENT
Le temps que peut consacrer le MEN à mon établissement est actuellement satisfaisant	quantité	réalité	respect des règles
Il est très facile de mettre en place avec le MEN une réunion de travail sur un problème de fond	disponibilité	réalité	respect des règles
Face au MEN, il m'est très facile de faire valoir mon point de vue, même s'il n'est pas d'accord avec moi	écoute	réalité	relationnel
Le MEN est pour moi, un appui, une force de proposition pour amener la solution la plus pertinente	qualité	réalité	respect des règles
Personnellement je souhaiterais accroître les contacts ou les rapports professionnels avec le MEN	quantité	souhait	relationnel
Actuellement mes rapports professionnels et/ ou personnels avec le MEN sont bons	relationnel	réalité	relationnel
Les réunions de travail avec le MEN sont toujours très efficaces pour l'intérêt des enfants scolarisés	qualité	réalité	respect des règles
Le MEN est un interlocuteur très disponible	disponibilité	réalité	relationnel
Je pense qu'en améliorant la relation professionnelle sur le plan qualitatif, on gagne beaucoup en efficacité, même si on ne gagne pas en temps	qualité	souhait	respect des règles
Dans une réunion de travail avec le MEN, on peut véritablement parler de partenariat	écoute	réalité	respect des règles
Il serait possible de gagner beaucoup de temps et d'efficacité en structurant les réunions de travail avec le MEN	qualité	souhait	respect des règles
Je peux dire que le MEN a une bonne connaissance de mes contraintes professionnelles	relationnel	réalité	respect des règles
La relation professionnelle avec le MEN ne représente pas malgré tout une grosse quantité de travail	quantité	réalité	respect des règles
La qualité de ma relation professionnelle avec le MEN dépend beaucoup des relations personnelles ou amicales que je peux avoir avec lui	relationnel	réalité	relationnel
Il est forcément utile d'améliorer la relation professionnelle avec le MEN pour être plus efficace	qualité	souhait	relationnel
C'est par son écoute que le MEN perçoit les cas que je lui présente	écoute	réalité	relationnel
Le MEN me semble faire le maximum pour se rendre disponible quand j'ai besoin de lui	disponibilité	souhait	relationnel
C'est par l'intermédiaire du MEN que j'ai eu connaissance de ses possibilités et contraintes professionnelles	relationnel	réalité	éliminée (2 interpr)
Les moyens de tous ordres que peut mettre le MEN à ma disposition sont actuellement satisfaisants	qualité	réalité	respect des règles
Actuellement mes rapports avec le MEN sont tout à fait ce que je suis en droit d'attendre	quantité	réalité	relationnel

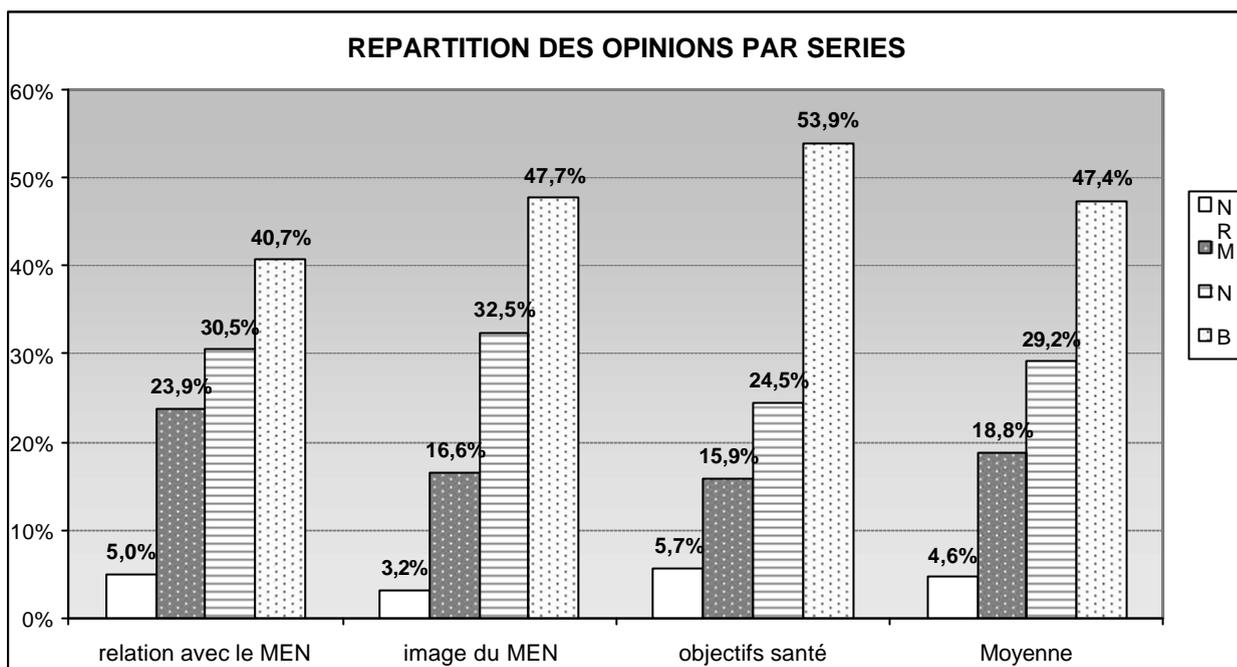
SERIE 2 : IMAGE DU MEN	SOUS-THEME	CATEGORIE	COMPORTEMENT
J'ai toujours eu des rapports agréables et cordiaux avec les différents MEN qui ont travaillé avec moi	relationnel	réalité	relationnel
Le MEN est là pour résoudre des problèmes exclusivement médicaux, éventuellement autres (tels sociaux)	métier	réalité	respect des règles
Le MEN est un partenaire sur lequel je peux entièrement m'appuyer en cas de problème médical dans mon établissement	conseil	réalité	respect des règles
Mieux connaître mon MEN serait sans doute une façon de potentialiser l'efficacité de nos actions communes	relationnel	souhait	relationnel
A vrai dire, je ne connais pas toujours les contraintes et objectifs intrinsèques du travail du MEN	métier	réalité	respect des règles
Je crois que c'est la convergence des priorités et des objectifs qui font une relation fructueuse avec le MEN	relationnel	souhait	relationnel
Ce que j'attends d'un MEN c'est qu'il fasse preuve de créativité dans les propositions qu'il met en place	métier	souhait	respect des règles
Pour les modalités particulières des prises en charge spécifiques, je m'en réfère totalement au MEN	conseil	réalité	respect des règles
Je pense que le MEN connaît et intègre parfaitement l'ensemble de mes contraintes et objectifs de travail fondamentaux	métier	réalité	respect des règles
Mon MEN a de bons rapports avec l'ensemble de mon équipe éducative	relationnel	réalité	relationnel
La notion de suivi d'une problématique médicale "élève" est entièrement de la responsabilité du MEN	métier	réalité	respect des règles
Je pense que la plus grande qualité d'un MEN doit être sa grande capacité de s'adapter à mes demandes, à faire preuve de flexibilité	conseil	souhait	respect des règles
Je constate un bon investissement et une bonne dynamique du MEN dans mon établissement	métier	réalité	respect des règles
Dans le travail avec le MEN, je perçois le plus souvent clairement les orientations qui sont les siennes.	relationnel	réalité	respect des règles
C'est par sa très bonne implantation locale (spécialistes, organismes d'orientation, hôpital, entreprises, etc) que le MEN peut être efficace	métier	souhait	respect des règles
La relation efficace avec le MEN passe par des solutions de type classique bien maîtrisées, plutôt que par des idées originales trop personnalisées	conseil	souhait	respect des règles
En améliorant la communication avec le MEN, on gagnerait surtout en efficacité sur le terrain	relationnel	souhait	relationnel
Je considère le MEN comme un véritable conseiller technique	conseil	réalité	respect des règles
Dans ma relation professionnelle avec le MEN je ressens une forte implication de sa part dans la recherche de solutions	métier	réalité	relationnel
Je comprends le plus souvent les raisons qui font qu'un MEN intervient ou n'intervient pas dans mon établissement	relationnel	réalité	respect des règles

SERIE 3: OBJECTIFS ET PLACE DE LA SANTE	SOUS-THEME	CATEGORIE	COMPORTEMENT
Il serait nécessaire d'accroître les moyens du MEN et en particulier sa disponibilité sur le terrain	relationnel	souhait	respect des règles
Je souhaiterais des relations et des modes de travail différents avec les MEN	métier	souhait	relationnel
Dans l'intérêt des enfants le MEN doit être à mon écoute et à celle de mon équipe éducative	conseil	souhait	relationnel
L'efficacité professionnelle du MEN passe par une très grande réactivité par rapport à mes demandes	relationnel	souhait	relationnel
L'environnement extra scolaire de l'enfant est un paramètre important dans la recherche de solutions : en pratique, le MEN doit s'en informer	conseil	réalité	respect des règles
Il m'est utile de connaître les objectifs du MEN pour être efficace dans mon établissement	métier	réalité	respect des règles
Les problèmes type drogue / violence / etc doivent toujours bénéficier au minimum, d'une intervention du MEN	conseil	réalité	respect des règles
Mon implication personnelle est le moteur de la relation avec le MEN	relationnel	réalité	relationnel
Sur les cas à problème(s), je tiens à ce que les décisions soient prises en commun accord avec le MEN	conseil	souhait	relationnel
Je définis personnellement les objectifs santé de mon établissement puis j'en informe toujours le MEN	relationnel	réalité	relationnel
Mes propositions et solutions sont souvent prises en compte par le MEN	conseil	réalité	relationnel
L'environnement extra scolaire de l'enfant est un paramètre qui est en général bien maîtrisé par mon équipe éducative	métier	réalité	respect des règles
Face à certaines décisions du MEN je peux agir si je ne suis pas d'accord	conseil	réalité	éliminée (2interpr)
Je tiens beaucoup à ce que le MEN soit en relation proche avec mon équipe pédagogique	relationnel	souhait	relationnel
Je peux dire que je bénéficie d'une bonne écoute du MEN face aux propositions et orientations que je préconise	conseil	réalité	relationnel
Dans le budget de mon établissement, le financement d'une action de prévention est aussi important que l'achat de matériel	budget	réalité	respect des règles
je définis seul les objectifs santé de mon établissement.	métier	réalité	respect des règles
Mon obligation de réserve facilite mes rapports avec le MEN	relationnel	réalité	relationnel
Les besoins budgétaires et financiers du MEN sont toujours très faciles à satisfaire	budget	réalité	respect des règles
Les décisions et les suivis sont plus efficaces quand c'est toujours le même MEN qui intervient dans mon établissement	relationnel	souhait	respect des règles

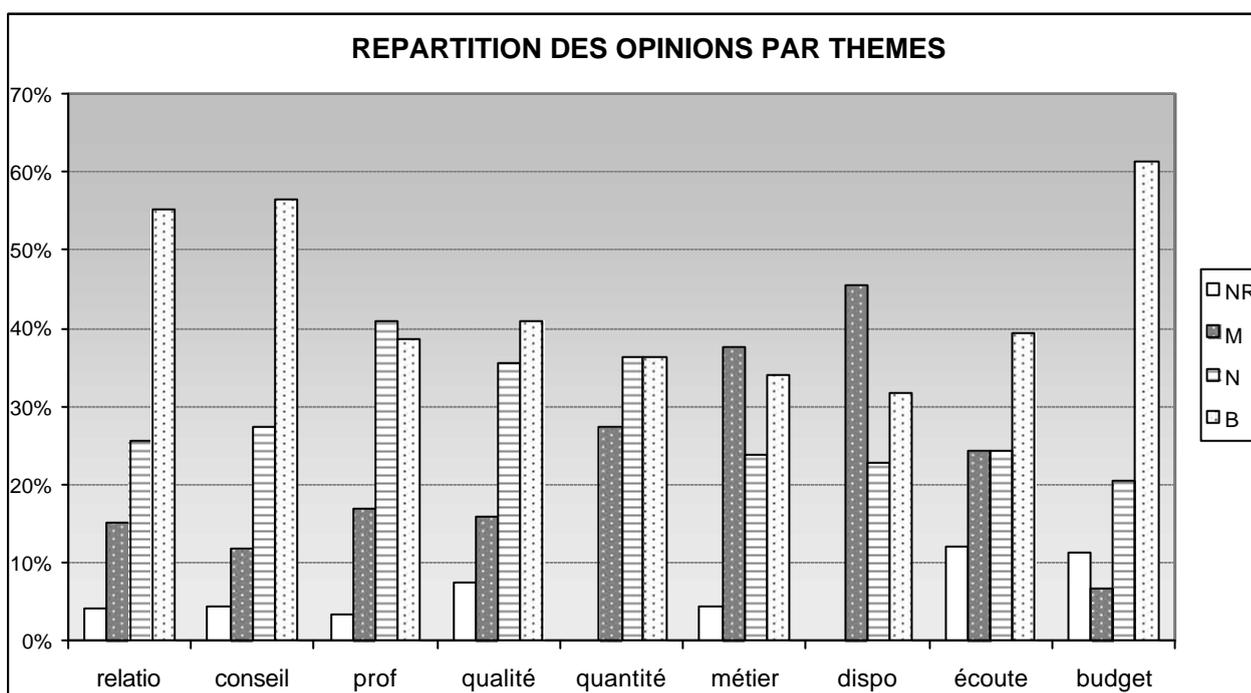
A chacune des 60 questions correspondait un choix de réponse unique à cocher :

	0	1	2	3	4	5
	Je ne suis pas du tout d'accord	Oui, peut-être dans certains rares cas	Je ne suis pas totalement d'accord	Je suis assez de cet avis	Je suis d'accord	Je suis totalement d'accord
ITEM PROPOSE						

Annexe 2



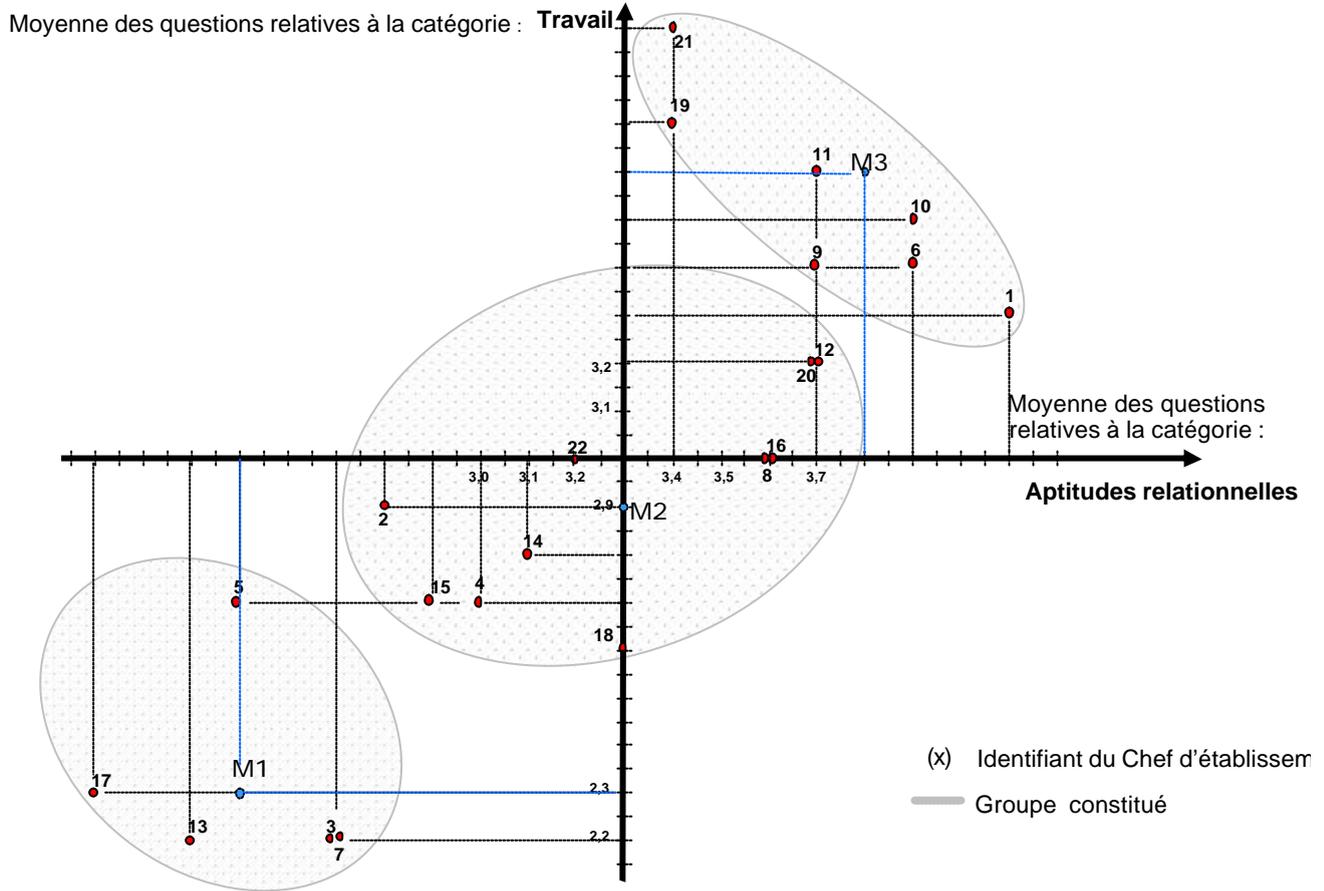
Annexe 3



Annexe 4 : Répartition des réponses (en %) des catégories « réalité » et « souhaits »

%	NR	0	1	2	3	4	5
Cat. Réalité	4,7	10,6	12,4	13,6	16,1	25,8	16,7
Cat. Souhaits	4,5	2,2	7,4	9,3	18,7	34,7	23,2

TYPOLOGIE DES CHEFS D'ÉTABLISSEMENT



Annexe 6 : ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AVEC LES CHEFS D'ETABLISSEMENT

CADRE DE L'ENTRETIEN
<ul style="list-style-type: none">▪ Objectifs : Aborder l'utilisation de la communication dans le cadre de la relation professionnelle avec ses différents interlocuteurs et en particulier avec le MEN▪ Préalable : avez-vous été formé à la communication ?▪ Accroche : pensez-vous que les techniques de communication puissent être d'un quelconque intérêt dans votre travail de Chef d'établissement ?
DEROULE DE L'ENTRETIEN
1) LE ROLE DU CHEF D'ETABLISSEMENT
a) Votre rôle d'acteur, de spécialiste de la gestion des intérêts de vos élèves <ul style="list-style-type: none">i) Comment le concevez-vous ?ii) Quelles en sont les principales composantes (humaines, sociales, techniques, relationnelles) ?iii) Comment le mettez-vous en œuvre ?iv) Quels en sont les résultats ?v) Quelles genres de satisfactions y trouvez-vous ?
b) Votre rôle de chef d'orchestre de la gestion des intérêts de vos élèves <ul style="list-style-type: none">i) Comment prenez-vous vos décisions (rôle de l'équipe pédagogique, de l'IA, du MEN en particulier, des autres intervenants) ?ii) Y a-t-il des acteurs différents que vous souhaiteriez voir intervenir (paramédicaux, spécialistes, acteurs sociaux, milieu associatif) ?
c) Quelles sont vos principales sources d'information permettant d'étayer vos décisions sur un élève ? <ul style="list-style-type: none">i) Equipe pédagogiqueii) MENiii) Assistante socialeiv) Environnement « familial » (parents ou famille d'accueil, grand parents, frères et sœurs, éducateurs)v) Environnement du jeune (copains, milieu associatif sportif ou culturel, autres sources)
d) Comment définissez-vous vos objectifs ? <ul style="list-style-type: none">i) Seul ou avec équipe éducativeii) Négociables ou pasiii) Poids du rectorat ou de l'Inspection Académique
e) Quels sont les autres rôles (annexes ou méconnus) que le chef d'établissement peut être amené à jouer ? <ul style="list-style-type: none">i) Dans le cadre scolaire (association, voyages, équipe sportive)ii) Hors cadre scolaire (militantisme, autres...)
2) LES POSSIBILITES D'INITIATIVE DU CHEF D'ETABLISSEMENT
f) Existent-elles réellement <ul style="list-style-type: none">i) Sur la gestion des élèves (discipline, suivi, pédagogie)ii) Sur la gestion des budgets (définition, propositions, négociation)iii) Sur la prise de décision exceptionnelle (poids des parents, des médias, des syndicats)
g) Mise en œuvre et réalisation <ul style="list-style-type: none">i) L'initiative est-elle bien perçue ?ii) Difficultés entre idées et mise en œuvre ?iii) Valorisation et reconnaissance (personnelle et du travail effectué) ?iv) Responsabilités ?
h) Soutien et compréhension <ul style="list-style-type: none">i) Comment communiquez-vous (écrit, oral) ?ii) Vers qui ?iii) En prenant quels types de précautions ?iv) De quelle façon formalisez-vous ?

3) LES DIFFICULTES DE LA CHARGE
i) La notion d'équipe : comment la concevez-vous ?
<ul style="list-style-type: none"> i) Equipe éducative ii) Hiérarchie iii) MEN iv) Autres intervenants associés
j) Les contraintes propres
<ul style="list-style-type: none"> i) Matérielles (budget, moyens en général) ii) Humaines (relationnelles, disponibilité, conseil) iii) Techniques (règlements et procédures, hiérarchie, image de l'Education Nationale)
k) La notion d'image (lui-même, de l'Education Nationale, de l'établissement)
4) LES PERSONNES AVEC LESQUELLES IL TRAVAILLE
l) Les intervenants de l'établissement (CPE, équipe éducative, autres intervenants associés)
m) Les intervenants médico-sociaux (MEN, assistante sociale, infirmière)
n) Les intervenants extérieurs
<ul style="list-style-type: none"> i) Médico-sociaux (travailleurs sociaux, spécialistes, para-médicaux) ii) Associations iii) Judiciaires (police , gendarmerie, Procureur de la République, juges, autres intervenants)
5) LA RELATION AVEC LE MEN
o) Comment la concevez-vous ?
<ul style="list-style-type: none"> i) Modalités d'intervention ? ii) Rôle médical du médecin de l'Education Nationale ? iii) Rôle de conseil ?
p) Quelle est la réalité à ce jour pour vous ?
<ul style="list-style-type: none"> i) Attentes ii) Satisfactions iii) insatisfactions
q) quels sont les rôles que vous attendez du MEN et que celui-ci ne tient pas ?
<ul style="list-style-type: none"> i) rôles purement médicaux ii) autres rôles (implantation locale, maîtrise des circuits juridiques, autres)
6) LES SOUHAITS D'EVOLUTION
r) Comment voyez-vous l'évolution dans l'avenir ?
s) Qu'est-ce qui vous semblerait souhaitable ?
t) Qu'est-ce qui vous semble réaliste ?
u) Qu'est-ce qui ne vous semble pas possible ?
7) EXPRESSION LIBRE
v) Quels sont les thèmes non abordés qui vous auraient semblé le mériter ?
w) Que diriez-vous en synthèse de votre travail avec le MEN ?