HAL
open science

A contribution to the clinical study of healthcare institutions. The “malicious institution” fantasy

Héloïse Haliday

To cite this version:

Héloïse Haliday. A contribution to the clinical study of healthcare institutions. The “malicious institution” fantasy. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2021, 179 (3), pp.220 - 226. 10.1016/j.amp.2020.07.004 . hal-03559323

HAL Id: hal-03559323

https://hal.science/hal-03559323

Submitted on 8 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Contribution à l'étude clinique des institutions de soins. Le fantasme de l'institution malfaisante

A contribution to the clinical study of healthcare institutions. The « malicious institution » fantasy.

Héloïse Haliday[1]

Résumé :

Cet article veut éclairer, à partir d'une recherche-action coopérative dans un CHU français, une construction mentale inconsciente à la racine du phénomène de « paranoïa institutionnelle » : le fantasme de l' « institution malfaisante ». Grâce à l'analyse thématique de plus de 80 entretiens au cours d'une enquête de terrain d'un an, nous montrons que le fantasme de l'institution malfaisante procède d'une triade d'éléments constitutifs : 1) un flou concernant l'établissement et l'incarnation de sa direction, 2) la reconnaissance de la puissance symbolique de cet établissement, notamment de son pouvoir de contrainte et 3) l'attribution par projections agressives d'intentions négatives à l'institution, qui la transforment en retour en un objet persécuteur. Ce fantasme témoigne de la persistance d'une « mystique hospitalière » chez les professionnels de soin, autrement dit d'une conception de l'hôpital empreinte d'une dimension religieuse. Nous plaidons en conclusion pour que le champ de la clinique institutionnelle continue à investiguer la vie psychique des établissements de soins, psychiatriques ou non.

Mots-clés : Clinique institutionnelle ; hôpital ; recherche qualitative ; fantasme.

[1] Maître de conférences, Université de Bourgogne, Laboratoire Psy-DREPI EA7458. Heloise.haliday@u-bourgogne.fr

Summary :

In France, the lens with which clinical psychology gazes through institutional matters seems limited to what happens between patients and professionals. It pays little interest to the interactions between the administration of the institution, i.e. organizational matters, and the daily clinical setting of mental health care. Unconscious institutional dynamics seem to receive much more attention from management sciences, which sometimes use psychoanalytical concepts to shed light on managerial and organizational problems. This article, based on an action-research study in a French university hospital, aims to shed light on one of the unconscious mental constructs which could be at the root of what several authors in psychiatry have identified as "institutional paranoia": the fantasy of a malicious institution. We hypothesize that this fantasy, which attributes harmful intentions towards its agents to the institution, is a recurrent avatar of the typical problem institutional psychology deals with. It is therefore even more specific to hospitals, due to the abundantly documented tensions which they have been faced during the last two decades.

We were initially appointed to conduct a "cooperative action research" project in a French University Hospital Centre between October 2018 and September 2019, in order to write a preliminary research report on the quality of working life as experienced by its personnel. Four ethnographic qualitative research techniques were used to assess the needs of healthcare professionals : individual and group interviews with teams from all departments (health care, administrative, logistical and technical), on formal or informal times, participant observations in services which were later recorded in a written logbook, interprofessional working groups called "thematic commissions" that met for five sessions of 3 hours each and the creation of a digital "suggestion box" accessible on the hospital's intranet. Our results show the fantasy of the malicious institution deserves to be isolated due to its three constitutive elements: 1) a blurry institutional governance and incarnation of the hospital’s leadership, 2) the recognition of the symbolic power of the institution, including its coercive power, and 3) the attribution of negative intentions to the institution by aggressive projections, which in turn transform it into a persecuting object. We discuss the link between the feeling of belonging to the institution and the feeling of abandonment as experienced by

staff in regards to the religious past of French hospitals, and indicate the necessity but also the caution with which research can and must investigate the weight of the personal history and vulnerability of each individual in his or her sensitivity to the representation of the malicious institution.

Keywords : Health services research ; clinical psychology ; qualitative research ; hospitals ; France.

Introduction

La clinique institutionnelle issue de la psychiatrie n'a aujourd'hui plus à prouver sa spécificité comme champ, ni son utilité comme ensemble de connaissances et de compétences à l'usage des professionnels du soin [10]. Il est cependant regrettable que ce corpus circonscrive la clinique institutionnelle à ce qui se passe entre patients et professionnels et n'investisse pas plus la question des interactions entre l'administration de l'établissement et la clinique quotidienne dans les soins. Les dynamiques institutionnelles inconscientes semblent faire l'objet d'une attention bien plus grande du côté des sciences du management, auxquelles sont rattachées des contributions anglo-saxonnes convaincantes usant de concepts psychanalytiques pour éclairer les problèmes managériaux et organisationnels [6 ; 32-34].

Pourtant, le lieu de prédilection historique de la clinique institutionnelle comme champ et comme corpus est avant tout l'hôpital, seule structure publique où se conjuguent deux « prendre soin » en cascade : celui des patients, redoublé par le soin à apporter à l'institution elle-même. Nous définirons pour les besoins de cet article l'établissement comme la structure concrète et administrative de l'hôpital, l'institution comme le réseau d'échanges économiques et relationnels qui s'y déploie, et l'organisation comme l'ensemble des processus conçus par ceux qui travaillent dans un établissement donné afin d'articuler les obligations réglementaires et la bonne marche des interrelations.

S'il ne fait aucun doute, tant pour les chercheurs français que leurs confrères internationaux, que les structures hospitalières des pays développés ont été fortement mises au travail depuis le début des années 2000 par des demandes de reconfigurations successives

visant une certaine efficience médico-économique, et si plusieurs lois récentes ont par ailleurs marqué les esprits en France[2], il reste impossible de postuler un effet *direct* des politiques publiques sur les organisations de travail et les pratiques de soins. Les conséquences des changements de cap au niveau national résultent de multiples transformations et adaptations des réglementations, notamment à l'échelle locale des établissements de santé eux-mêmes. Les recherches de langue française se sont ainsi appesanties sur le rôle médiateur des cadres de proximité, qui se vivent comme des jointures entre les nécessités administratives et cliniques [7 ; 9], et font état d'une souffrance au travail majorée par cette position d'entre-deux. La littérature internationale, quant à elle, montre en réalité que d'où qu'elles viennent, les personnels hospitaliers sont avant tout sensibles aux *réorganisations* de leurs activités lorsque celles-ci ne sont pas faites de manière concertée [14]. Certaines évolutions ont été plus étudiées que d'autres par les chercheurs français, notamment l'introduction de la tarification à l'activité et celle, concomitante, de l'informatique dans les services de soins [15]. Il est remarquable que ces choix aient portés sur l'introduction d'outils techniques : on pourrait ici supposer que les impacts tant positifs que négatifs liés aux caractéristiques intrinsèques de ces nouveaux moyens de l'activité étaient peut-être plus facilement distinctibles de la volonté ou intention des échelons managériaux que dans le cas de changements purement organisationnels. Nous mettrons quant à nous, dans le présent écrit, l'accent non sur ce que le temps long nous apprend des évolutions hospitalières, que nous pouvons et devons relier aux politiques publiques en matière de santé, mais sur la réalité psychique des personnes concernées par ces

[2] On citera par exemple la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé, qui a introduit l'exigence d'un regroupement des établissements hospitaliers en GHT ; on pensera également, moins récemment, à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, ayant présidé à la réunion des services en pôles, entités destinées à faciliter la gestion organisationnelle et budgétaire des activités.

réorganisations successives. Si notre enquête est locale, nous supposons toutefois qu'elle permet quelques généralisations et hypothèses sur l'expérience subjective des professionnels hospitaliers.

Cet article souhaite plus précisément éclairer l'une des constructions mentales inconscientes qui nous paraît à la source de ce que plusieurs auteurs en psychiatrie ont repéré sous le nom de « paranoïa institutionnelle » : le fantasme d'une institution malfaisante. Nous faisons l'hypothèse que ce fantasme, qui attribue à l'institution des intentions nuisibles envers ses agents, est un avatar récurrent de la clinique institutionnelle hospitalière du fait des tensions dans lesquelles se trouvent pris les hôpitaux français. Cela nous amène à considérer que l'institution malfaisante est l'une des principales représentations contre lesquelles les administrations hospitalières doivent aujourd'hui lutter pour « prendre soin de ceux qui nous soignent »[3].

Nous montrerons que le fantasme de l'institution malfaisante mérite d'être isolé au motif qu'il procède d'une triade particulière d'éléments constitutifs : 1) un flou concernant l'établissement et l'incarnation de sa direction, 2) la reconnaissance de la puissance symbolique de cet établissement, notamment de son pouvoir de contrainte et 3) l'attribution par projections agressives d'intentions négatives à l'institution, qui la transforment en retour en un objet persécuteur. Si les relations institutionnelles dans une structure donnée peuvent emprunter la voie d'une opposition entre persécuteurs et persécutés pour de nombreuses raisons différentes, nous proposerons en discussion que cette représentation est partiellement spécifique à l'hôpital en tant qu'elle s'appuie sur les reliquats de son histoire religieuse.

[3] Nous nous référons ici à la Stratégie Nationale de Santé lancée en décembre 2016 par Marisol Touraine.

Méthodologie de l'étude support

Cet article tire ses conclusions d'une démarche de « recherche-action coopérative » [1 ; 5 ; 11 ; 20 ; 31] menée dans un Centre Hospitalo-Universitaire français au cours de l'année 2018-2019. Nous étions missionnée pour produire un rapport préliminaire à la réécriture de son projet social d'établissement, destiné à éclairer les demandes de ses agents en matière de « qualité de vie au travail ». Depuis la loi du 31 juillet 1991, les hôpitaux publics sont en effet contraints de rédiger des « projets d'établissement » comprenant a minima un projet médical, un projet de soins et un projet dit « social » - depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, ce document doit également comporter un projet psychologique. La particularité du volet social du projet d'établissement étant de concerner les conditions de travail de tous les personnels, celui-ci est auréolé d'une attente qui contient souvent en elle-même les germes de sa propre déception.

Nous avons coordonné cette démarche sur la base de points systématiques avec le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur Général. Il s'agissait de faire état des remontées du terrain obtenues grâce à un recueil de données opéré selon quatre techniques classiques de la recherche qualitative ethnographique [3] : entretiens individuels et groupaux avec les équipes volontaires, tous services confondus (soignants, administratifs, logistiques et techniques), sur des temps formels ou informels, observations participantes dans les services consignées dans un journal de bord, groupes de travail interprofessionnels dits « commissions thématiques » réunis pendant cinq séances de 3h chacune et création d'une « boîte à idées » numérique accessible sur l'intranet de l'hôpital.

Au total, 82 entretiens ont été réalisés dont 11 en binôme, pour un total de 93 personnes interviewées formellement, à tous niveaux de la hiérarchie. Les réunions et immersions d'une journée dans les services sont au nombre de 26. Ces entretiens et ces réunions ont concerné les grands secteurs professionnels du CHU : personnels médicaux et paramédicaux, personnels administratifs (dont équipe de direction), personnels logistiques et techniques. A ces rencontres sont venues s'ajouter les séances de *focus groups* dits « commissions thématiques », qui ont au total rassemblé plus d'une quarantaine de membres actifs.

Les entretiens étaient de type exploratoire pour les groupes, à partir de la question suivante : *« quels sont pour vous les thèmes à aborder dans le projet social ? ».* Les entretiens individuels ou en binôme étaient semi-dirigés, assortissant la question exploratoire de départ de questions spécifiques au métier exercé par les interviewés : *« comment se sent-on au CHU quand on est médecin/infirmier/cadre ? », « qu'est-ce qui manque ou pourrait être amélioré dans votre pratique ? ».*

Du fait de la situation sociale délicate à l'orée de la réécriture du projet d'établissement, il a été choisi de ne pas enregistrer ces entretiens et ces *focus groups* mais de recourir à une prise de notes verbatim par ordinateur, après accord écrit (par mail) et oral donné par les agents. Les verbatims étaient à chaque fois mis au propre et anonymisés dans un fichier à part afin de conserver une trace de la prise initiale, puis envoyés aux personnes concernées pour relecture afin de garantir une transparence du processus. Quelques échanges par mails ont également été consignés.

C'est à partir de l'analyse thématique à laquelle nous avons procédé pour produire notre rapport de recherche que s'est imposé le thème de l'institution malfaisante, que nous

présenterons donc en commentant les paroles des professionnels que nous avons rencontrés. Nous proposerons en discussion et conclusion une piste d'explication à l'intensité des projections agressives et de la déception des professionnels vis-à-vis de cette structure particulière qu'est l'hôpital public.

Un type particulier de paranoïa institutionnelle : le fantasme de l'institution malfaisante

Cet article souhaite s'insérer dans l'histoire des réflexions sur un phénomène repéré dans le champ psychiatrique sous le nom de « paranoïa institutionnelle ». La notion de paranoïa institutionnelle est particulièrement intéressante en ce qu'elle décrit une ambiance collective spécifique en contexte de soins psychiatriques et généraux : si elle est majoritairement mentionnée par des auteurs situés dans le champ de la santé mentale [23-24 ; 26-27], elle apparaît aussi du côté des travaux sur le burn-out et la santé au travail à l'hôpital [8]. Cette notion ne fait toutefois jamais l'objet d'une définition propre ou d'une explicitation conceptuelle, encore moins d'études de cas ciblées qui permettraient d'en cerner les coordonnées principales. La seule élaboration complète que nous ayons trouvé sur le sujet provient d'un article tapuscrit du psychiatre Nicholas Fish daté de 1972 : *« Un leadership faible ou inefficace peut engrainer la paranoïa institutionnelle. Un manque de communication entre les personnels de l'association [NB : au sens large du terme] la nourrit. Les insécurités personnelles des membres servent souvent de facteurs causaux […] »*[4] [12].

[4] Nous traduisons.

Sur le terrain où nous avons effectué notre recherche, il nous a en effet semblé que pouvait être repéré un ensemble de personnes, qui ne faisait pas pour autant *groupe* (autrement dit qui n'était qu'une somme d'individus non-conscients du fait que leur sentiment vis-à-vis de l'institution était leur principal point commun), portant en eux la conviction, tirée de l'expérience mais interprétée d'une façon particulière, que l'institution disposait de multiples leviers pour aider ses personnels dont elle ne se servait *volontairement* pas. Ce premier constat rend difficile l'application directe de la notion d'« alliance inconsciente », très présente en psychanalyse des groupes [17-18], à leur situation.

Si la représentation de l'institution malfaisante dit beaucoup de celui qui la porte, elle témoigne aussi des phénomènes que peut traverser toute institution, auxquels il est par conséquent nécessaire de faire attention si l'on veut pouvoir soigner le système relationnel à des fins de diminution ou de dépassement des souffrances institutionnelles [30]. Il serait par ailleurs erroné de prêter à l'ensemble des professionnels porteurs de ce fantasme une faible motivation pour leur activité : plusieurs personnes chez qui nous avons entendu se déplier la représentation de l'institution malfaisante étaient au contraire très engagées dans leur travail avec leurs collègues et les patients, car elles concevaient leur investissement pour les autres comme une façon de lutter contre la nuisance institutionnelle[5].

L'institution nébuleuse

Le premier prérequis au développement de la représentation de l'institution malfaisante consiste en l'absence de représentation claire et incarnée des strates décisionnaires de

[5] Certains cadres notamment ont insisté pour dire qu'ils travaillaient pour leurs agents et les patients, mais pas pour l'établissement.

l'établissement. Cette absence d'incarnation de la gouvernance permet l'instauration d'un doute, chez les professionnels, sur ce qui se passe symboliquement et relationnellement au-dessus d'eux, autrement dit un discret changement de focale de l'établissement vers l'institution. Nous citons ici des extraits d'échanges de plusieurs participants lors d'une séance de commission thématique où la question de l'incarnation de la gouvernance a petit à petit été discutée :

> *« On a le sentiment qu'on est gouvernés mais c'est qui ce « il » qui a décidé que ? On a l'impression de subir de on ne sait même pas qui : on veut bien subir mais on aimerait bien savoir qui nous l'inflige quoi. Ce « il » il prend un peu ses responsabilités : quand vous tapez à une porte ce n'est pas « il » qui va ouvrir ! […] quand « il » est décidé quelque chose c'est qui qui décide ? […] vu d'en bas ce n'est pas clair et on a l'impression qu'on essaye de nous flouter parce que c'est tellement flou qu'on râle après notre cadre car c'est le seul visage qu'on a ! » (compte-rendu de commission CT32305S4)*

Le champ lexical de la vision et du flou a également été utilisé dans d'autres espaces de parole, individuels comme de groupe (*« Une sensation de brouillard, de flou… »*, GM0304PH ; *« en bas on est dans le brouillard complet* », GM0712RU). Celui-ci nous paraît plaider en faveur d'une interprétation en termes de défaut *d'incarnation*. Plusieurs professionnels nous ont d'ailleurs exprimé leur principale réclamation vis-à-vis des directions en ces termes :

> *« On ne voit jamais les directions. Sur le fil il y a une coupure, mais ça ne date pas d'hier » (GM2103PH)*
>
> *« l'institution elle est loin de nous, on ne rencontre jamais les directeurs de toute façon, quand on les rencontre c'est qu'ils le demandent pour faire un point à leur arrivée mais on n'a pas de contacts » (GM0605PH)*
>
> *« les directeurs on ne les voit pas, on ne sait pas qui c'est… » (GM0304PH)*

A ce manque de visibilité, qui s'ajoute au manque de « lisibilité » des politiques institutionnelles (*« ce n'est jamais personne […] comme une direction qui va dire « ce n'est pas nous, c'est le DG ». Et du coup ça quoi ça sert de lui parler si ce n'est pas lui ? », GM0406RU*), répondait du côté des agents l'impression de n'être pas vus par l'institution. Il est bien évident que l'établissement ne peut pas, objectivement, s'adresser à chacun de ses agents individuellement, sauf à quelques occasions particulières (concours, promotion, retour à l'emploi) et à travers les personnels dédiés à ces activités ainsi qu'à l'encadrement. Lorsque nous posions la question de comment les agents se sentaient au CHU, ceux-ci nous offraient souvent des réponses similaires :

« un pion dans cette immense machine » (HE0907RU)

« on est des cases, des numéros » (HE1403PH)

« on est un matricule, on est un numéro […] On est interchangeables, on nous le fait bien sentir » (GM2802RU)

Les occurrences de cette impression de ne pas compter pour l'institution (*« Je ne me sens pas pris en compte par l'institution. La direction, à partir du moment où vous sollicitez quatre fois la direction ou le directeur depuis 2004 et qu'on n'a jamais daigné vous faire une réponse… »* HE2805PH) ont été multiples, concernant des thématiques variées. Ne pas être correctement vu, donc accueilli, peut ouvrir un vide là où aurait dû se situer le sentiment d'appartenance. Se sentir contraint à la mobilité ou à la polyvalence occasionne pour le sujet qui le vit ainsi la réduction de son être à un corps et une force de travail alors dissociés de sa subjectivité ; ne pas bénéficier d'espaces de discussion et de concertation avec la hiérarchie amène les agents à conclure que leur voix ne peut structurellement pas être écoutée ; être rappelé sur ses congés afin de boucher un trou dans le planning fait ressentir à l'agent qu'il

n'est qu'un rouage du service public. Il semble pourtant que l'institution, aux yeux des agents, n'a en rien perdu de sa puissance. Cette reconnaissance de la puissance symbolique de l'institution est à notre sens le deuxième prérequis du fantasme de l'institution malfaisante.

L'institution puissante

C'est en discutant avec un chef de service que nous avons entendu l'importance de cette deuxième dimension du problème :

> *« L'institution ? Impuissante non, elle a compris qu'elle ne l'était pas, mais inerte. La Direction des Affaires Médicales a compris qu'il n'y avait pas d'impuissance, mais il y a une immense inertie qui n'est pas la leur, qui est celle de l'institution […] » (GM0306PH)*

Si l'institution possède encore une certaine puissance et que l'inertie n'est pas celle de la direction à laquelle il répond, c'est qu'alors l'institution possède une vie propre qui va *au-delà* de celles des organes administratifs repérés que sont les directions fonctionnelles. On pourrait ici comprendre la puissance dans son sens philosophique, celui de « capacité ou faculté actuelles d'accéder à une certaine forme d'être »[6]. Autrement dit, convoquer la notion de capacité de l'institution, de pouvoir ou de puissance implique qu'on lui suppose une existence propre : elle se trouve ainsi personnifiée dans les représentations que s'en font les professionnels. L'institution bénéficie également d'une puissance de contrainte dont l'utilisation n'est jamais anodine :

[6] Nous nous référons au Centre de Ressources Textuelles et Lexicales du CNRS : https://www.cnrtl.fr/definition/puissance. Consulté le 15/08/19.

« on nous dit « vous faites comme ça, point final ». Ca, ça n'améliore pas la façon de voir l'hôpital » (GM0605PH)

« il y a l'art et la manière et des fois la manière n'a pas été bonne, a eu l'effet inverse [de celui] escompté » (LM0702C)

« je ne connais pas les raisons de l'institution mais ils ne se rendent pas compte que c'est difficile pour les agents qu'il n'y ait pas de mobilité. C'est quasiment maltraitant » (GM3001C)

Les personnels reconnaissent donc le pouvoir symbolique de l'institution (*« vous faites ça, point final »*), ce qui peut les amener, si elle utilise trop sa force de contrainte, à concevoir l'ensemble des relations de pouvoir comme un *« un jeu de dupes, puisqu'on n'a pas le contrôle »* (HE2002PH). Mais plus encore, la supposition que les dés sont pipés dans la relation entre les personnels et l'institution, lorsqu'elle occasionne des décisions qu'ils ne comprennent pas, renforce les doutes que les agents entretiennent quant à ses intentions :

« aujourd'hui on est très méfiants sur tout ce qu'on peut nous proposer, on se dit « qu'est-ce qu'il y a derrière, sur quoi on va se faire avoir ? » (GM2304PH)

« L'objectif de l'hôpital est de ne pas être emmerdés […] l'information n'arrive pas mais c'est volontaire » (HE1403PH)

Tous les extraits cités ci-dessus font implicitement ou explicitement référence à une personnification de l'institution, c'est-à-dire à l'attribution à cette même institution d'une intentionnalité corrélative à la reconnaissance de sa puissance. L'institution peut, et l'institution peut donc *vouloir*. Dans un contexte où la puissance institutionnelle n'est pas en cause, c'est alors l'inertie organisationnelle qui amène les personnels à la représentation complète d'une institution malfaisante :

« En tant que chef de service, je ne suis pas récepteur par défaut de l'information. Ce circuit de l'information, est-ce de la négligence ou de l'intentionnalité ? […] » (HE2002PH).

Ainsi, si l'institution peut mais qu'elle ne fait pas, le doute s'introduit quant à ses intentions (*« il y a des choses qui sont oubliées, mais exprès […] on se demande si des fois ce n'est pas voulu »*, GM1405IM). Le dernier pas vers la représentation de l'institution malfaisante consiste en la transformation du doute en l'attribution à cette institution d'une intention, d'une volonté de *ne pas faire*, qui découle à notre sens d'une projection de l'agressivité des professionnels sur l'objet institutionnel.

L'institution malfaisante

L'usage du terme « malfaisant » se réfère moins aux actes concrets quotidiens organisés par les managers du CHU (et notamment son équipe de direction) qu'à l'intention qu'ont fini par lui supposer certains agents, de façon plus ou moins consciente, et derrière laquelle se cache un processus de personnification de l'établissement et un mécanisme projectif destiné à supporter l'agressivité montante envers l'employeur. Nous suivrons le fil freudien tenu par Paul-Claude Racamier, selon lequel les « machines institutionnelles » sont de véritables organismes, des « individualités collectives » [28][7]. Fantasmatiquement, l'institution dans son ensemble possède une individualité ; il peut par conséquent lui être supposé une intentionnalité propre. Cette supposition d'intentionnalité est essentielle, car si elle est soutenue par les actes et les expériences vécues, elle relève avant tout de l'activité de

[7] L'idée qu'une « foule » peut être dotée d'attributs individuels était déjà présente chez Freud dans *Psychologies des foules et analyse du Moi* [13].

représentation fantasmatique et d'interprétation subjective par les agents de la réalité établissementale.

L'idée que l'institution ne veut pas faire s'enracine, nous semble-t-il, dans un motif communément déplié par les professionnels porteurs de la représentation de sa malfaisance : *« Si je dis, de toute façon ça ne sert à rien »* (GM1212RU-2), formulation emblématique de la notion de « silence organisationnel » [19 ; 25 ; 35]. Ce silence, s'il est le plus souvent défini comme l'ensemble des attitudes des personnels d'une structure donnée, est en réalité lui-même vecteur d'une conception personnifiée des organisations. Les vécus et les discours que nous rapportons ci-dessous représentent à notre sens la formulation aboutie du fantasme de l'institution malfaisante. Ils offrent une piste de recherche intéressante en ce qu'ils questionnent la corrélation possible entre vécu de mal-être individuel et probabilité d'être mu, à son insu parfois, par le fantasme de l'institution malfaisante.

Beaucoup des professionnels qui nous ont parlé ainsi avaient derrière eux l'histoire d'une ou plusieurs alertes lancées, pour eux ou pour les autres, qui n'avaient pas été suivies d'effet :

« il y a des choses qui sont connues de tout le monde mais qui continuent à être cautionnées » (GM3010P)

« j'ai eu une mauvaise expérience, mais il n'y a rien de fait, s'il y a des situations dangereuses, de mises en danger du personnel. Aucun soutien, voire la hiérarchie va vous enfoncer. […] Soit on se fiche des gens soit on ne voit rien. » (GM1001C)

« Quand j'ai été en difficulté […] j'ai tiré toutes les sonnettes d'alarme et on m'a répondu « vous êtes mal comme tous les cadres de l'hôpital […] j'en veux énormément à l'institution, je l'avais dit je n'allais pas bien et j'étais perdue » (LM0702C)

Cela est transparent à la lecture : l'institution, si elle ne vient pas en aide à ses agents, devient une entité abandonnique. C'est ce sentiment de n'avoir pas été soutenus qui occasionne chez les professionnels douleur et rancune envers cette nébuleuse inerte : *« Mais la perte du sens du travail ou la douleur n'est pas immédiatement lié aux émotions lourdes à gérer mais au fait que les décisions ne font pas sens […] c'est important de savoir que l'institution peut soutenir »* (GM3001C). C'est, pensons-nous, la douleur de l'abandon qui génère chez certains professionnels des sentiments de colère et d'agressivité qui sont projetés et leur reviennent, pour reprendre les mots de Lacan sur la structure de la persécution paranoïaque, « sous une forme inversée » [21].

La variété des métaphores utilisées pour désigner l'établissement nécessite d'ailleurs une attention toute particulière, car les représentations convoquées charrient avec elles des sous-textes fort différents et peuvent donner la mesure des ressentis d'un agent. Ainsi une infirmière nous a-t-elle dit en entretien : *« Dans mon schéma à moi l'hôpital était une famille et je faisais tout pour cette famille et ils m'ont déçue »*, avant de comparer le CHU à une *« pieuvre »* et à un *« rouleau compresseur »* (GM0602I). Une ancienne recrue du CHU rencontrée par hasard en ville avait quant à elle fait référence à une *« mâchoire en fer »*, et une autre professionnelle encore, rencontrée en réunion, avait utilisé la métaphore de la famille maltraitante :

> *« J'ai l'impression qu'on met le doigt sur l'institution comme une famille : l'institution parentifiée, les parents qui ne tiennent pas la route. […] En ce sens-là il y a une sorte d'institution maltraitante, une confusion des places, des genres, des générations, il n'y a pas de consistance de la hiérarchie » (GM0406RU)*

La qualification de l'établissement par des métaphores chargées d'affects et d'angoisse indique bien à quel point les professionnels se sentent avant tout récipiendaires de l'agressivité de l'institution (*« il faut arrêter de penser qu'il y a des abrutis à tous les niveaux et qui sont incapables de penser »* (HE1312RU) ; *« le CHU fonctionne parce que les cadres sont là, il faut arrêter de penser qu'ils sont débiles, incompétents, feignants »* (GM0712RU)), ce qui justifie à leurs yeux, dans un deuxième temps, l'adoption de stratégies défensives. Deux professionnels, rencontrés à plusieurs mois d'écart et qui ne se connaissaient pas, nous ont proposé des interprétations qui semblaient valider cette hypothèse. Leurs réflexions, que nous reproduisons ci-dessous, sont précieuses pour comprendre les deux ressorts principaux de la propagation de cette représentation de l'institution malfaisante :

> *« Ils [mes collègues] se trompent de cible : ils sont en colère contre le CHU… on met tout sur le dos du CHU et du directeur et on ne va jamais prendre sa responsabilité. […] C'est comme si leur colère, il y a quelque chose qui est décentré, comme si c'est l'employeur qui est la cause de leur mal être » (GM1807I)*

> *« Les gens arrivent à avoir une vision assez négative du CHU et il y a un bouche-à-oreille dont les gens ne prennent pas conscience. [Exemple d'une soignante] Par une non réponse institutionnelle dans ses besoins lorsqu'elle va travailler elle a pollué négativement une dizaine de personnes. Le monde hospitalier parle beaucoup entre eux et on véhicule des choses qui sont négatives » (GM1211ASO)*

Le premier extrait confirme la dimension projective nécessaire à la construction d'un tel fantasme : l'institution, parce qu'elle est nébuleuse, floue, lointaine, est le réceptacle idéal d'une colère déplacée. Le second extrait appuie quant à lui sur la dimension contagieuse de cette représentation : si l'institution est une entité abstraite pour la plupart les agents, il n'est pas difficile que les difficultés vécues par un collègue instillent chez d'autres le doute essentiel à l'activité interprétative qui fera de chaque inaction du CHU l'effet et la preuve de son

intention d'abandonner les siens à leur sort. Une identification entre personnes porteuses de cette même représentation devient alors possible, qui soude parfois une équipe contre son persécuteur désigné. Loin de nous l'idée, toutefois, que cette représentation est irréversible. Bien au contraire : elle invite l'institution à travailler la valeur symbolique de ses actions.

Discussion. L'institution malfaisante, envers d'une mystique hospitalière française ?

Cette façon de penser et fantasmer la puissance institutionnelle nous a rappelé la question, déjà fort ancienne en théologie, de l'impuissance de Dieu. Nous citons ici un paragraphe de la philosophe Gwénaëlle Aubry afin de faire entendre la similitude des formulations de ces deux questions :

> *« Dieu peut, de potentia absoluta, mentir, voler ou tuer, damner les élus et sauver les damnés, faire que le mal soit bien ou que la contradiction soit. La puissance absolue est excédentaire à toute loi, logique, morale, ou physique. […] Ce que par elle il peut, Dieu, cependant, ne le veut ni ne le fait. La puissance absolue est donc une puissance inactive, non opératoire, mais non pas impuissante »* [2]

Il est aujourd'hui admis comme une évidence qu'exercer à l'hôpital n'a plus rien à voir avec son passé religieux, et qu'à l'acceptation d'un don de soi absolu seraient venus se substituer des calculs plus rationnels, la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Le soignant d'aujourd'hui, au sens large du terme (nous englobons là toutes les catégories professionnelles qui prennent soin des patients), ne souhaite plus voir son désir de travailler dans le milieu hospitalier confondu avec une vocation d'abnégation. Pourtant, comme le soulignait récemment Philippe Rault-Doumax dans un ouvrage sur les partenariats entre cliniques privées et hôpitaux publics, il subsiste quelque

chose, dans l'attachement particulier des professionnels de soins à l'hôpital, de ce que l'on pourrait appeler une « mystique hospitalière française », donnant à ce type d'établissement un semblant de « *substitut de collectivité religieuse se surinvestissant dans l'appartenance […]* » [29].

C'est bien, nous semble-t-il, la question de l'appartenance à l'institution qui est mise en question dans le fantasme de l'institution malfaisante : si l'hôpital peut nuire à ses soignants, il devient alors un objet à attaquer ou à fuir (nous faisons ici référence aux travaux de Wilfried Bion sur les petits groupes [4]), tandis qu'un nouveau groupe de référence doit être trouvé pour compenser le sentiment d'abandon vécu vis-à-vis de l'établissement. Il n'est pas impossible que ce nouveau groupe se constitue par contagion de la représentation de l'institution malfaisante, et corresponde alors bien à la définition d'une alliance inconsciente, à savoir une « *formation psychique intersubjective* construite par les sujets d'un lien et d'un ensemble […] pour renforcer en chacun d'eux certains processus, certaines fonctions ou certaines structures dont ils tirent un bénéfice tel que le lien qui les conjoint prend pour leur vie psychique une valeur décisive » [16]. Cette supposition se heurte toutefois au poids que peut prendre la vulnérabilité de chacun dans sa sensibilité à la représentation de l'institution malfaisante. Si certaines caractéristiques individuelles, notamment l'estime de soi basée sur la performance au travail, sont considérées comme des facteurs individuels prédictifs d'un risque de burnout plus élevé [22], nous pouvons, à la lumière de nos développements, faire l'hypothèse qu'une expérience de burnout non-élaborée serait un facteur augmentant la probabilité de développer la conviction de travailler pour une institution aux intentions nuisibles.

Conclusion. Vers une administration des soins informée de la clinique institutionnelle ?

Nous avons tenté de montrer, dans cet article, que l'on peut repérer, au moyen d'une écoute clinique, des mouvements psychopathologiques particuliers dans les liens entre un établissement de soins et ses professionnels. Afin d'éclairer et d'approfondir la notion de « paranoïa institutionnelle », qui émane du champ de la psychiatrie mais semble pouvoir s'appliquer aux autres disciplines dans le monde de la santé, nous avons proposé qu'un phénomène spécifique pouvait être isolé, consistant en le fantasme que l'institution hospitalière serait *malfaisante*, autrement dit mal intentionnée envers ses professionnels. Cet avatar de la paranoïa institutionnelle donne des clés de compréhension des dynamiques institutionnelles dans les établissements de santé, qui ouvrent la voie à un dialogue avec les sciences de gestion et les administrations hospitalières. Loin de la définition trop stricte qu'a pris l'innovation aujourd'hui – celle d'un impératif permanent de nouveauté –, peut-être faut-il considérer que la transposition de concepts issus de la clinique psychiatrique pour l'analyse institutionnelle des relations dans des contextes de soins peut avoir des effets de nouveauté, en tant qu'elle trace un chemin de recherche et d'action supplémentaire pour faire valoir les connaissances et compétences organisationnelles issues du monde psychiatrique aux autres disciplines médicales et aux administrations hospitalières.

Remerciements : L'auteure remercie chaleureusement MM. Didier Hoeltgen et Jean-François Tirefort ainsi que l'ensemble des équipes qui ont participé à l'aventure de ce rapport de recherche, tout particulièrement les professionnels engagés dans les commissions thématiques.

Liens d'intérêt : Pour réaliser sa mission, l'auteure a été recrutée comme psychologue clinicienne rattachée à la DRH du CHU de Clermont-Ferrand.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Allard-Poesi F, Perret V. La Recherche-Action. In: Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative. Caen: EMS; 2003. p. 85–132.

[2] Aubry G. L'impuissance de Dieu (présentation). Rev Philos France Let. 2010;135(3):307–20.

[3] Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques. Paris: La Découverte; 2017.

[4] Bion W. Recherches sur les petits groupes. Paris: Presses universitaires de France; 1999.

[5] Bonny Y. Les recherches partenariales participatives : Éléments d'analyse et de typologie. In: Recherches partenariales et collaboratives. Presses Universitaires de Rennes; 2017. p. 25–44.

[6] Clancy A, Vince R, Gabriel Y. That Unwanted Feeling : A Psychodynamic Study of Disappointment in Organizations. Br J Manag. 2011;23(4):518–31.

[7] Codo S. Le stress professionnel dans le secteur public, le cas des managers. RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme(s) Entrep [Internet]. 2013;6(2):63. Available from: http://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-2-page-63.htm

[8] Detchessahar M, Devigne M, Grevin A, Stimec A. Santé et souffrance au travail, le management en question. "Contribution au débat sur les excès et les déficits du management : trois études de cas dans des établissements de santé ». In: La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ? Paris: Armand Colin; 2012. p. 293–318.

[9] Divay S, Gadéa C. Les cadres de santé face à la logique managériale. Rev française d'administration publique. 2008;4(128):677–87.

[10] Drieu D. 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle. Dunod; 2016.

[11] Felix P, Merminod N, Defelix C. L'approche coopérative en sciences de gestion. Comment la mettre en oeuvre, la valider et la légitimer ? Une recherche sur un pôle de compétitivité. Rev Int psychosociologie. 2009;15(35):141–60.

[12] Fish N. Institutional Paranoia. Gr Anal [Internet]. 1972;5(1):24–8. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/053331647200500104?casa_token=bTr7TENU3WwAAAAA%3AcijDaxGPyaZy4cvF5DaPpfIJS-D9Xaqv1edZdL3hfVNTYBUWUy96jWParYKUe3gYeYlZHPRwgn9oFw&journalCode=gaqa#articleCitationDownloadContainer

[13] Freud S. Psychologie des foules et analyse du moi. In: Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 1981. p. 123–217.

[14] Haliday H. Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. Ethique et Sante [Internet]. 2018;15(2):118–24. Available from: https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.03.003

[15] Haliday H, Naudin D. Comment qualifier l'impact des réformes de santé sur la qualité de vie au travail des soignants ? Leçons de l'implémentation de la tarification à l'activité et

de l'informatisation des services de soins dans les hôpitaux français. Ethique et Sante. 2019;(16):51–8.

[16] Kaës R. Les alliances inconscientes dans Depuis qu'Otar est parti... De Julie Bertuccelli (2003). Le divan Fam. 2012;(28):11–29.

[17] Kaës R. Les alliances inconscientes. Paris: Dunod; 2014.

[18] Kaës R. Un singulier pluriel: la psychanalyse à l'épreuve du groupe. Paris: Dunod; 2013.

[19] Knoll M, Unterrainer C, Silva S, Jønsson T. Is our knowledge of voice and silence in organizations growing ? Building bridges and (re) discovering opportunities. Ger J Hum Resour Manag. 2016;30(3–4):161–94.

[20] Labbé S, Courtois L. Nécessités, bénéfices et difficultés de la coopération chercheur(s)-acteur(s) en Recherche-Action. La Rech en Educ Rev l'Association Francoph Int Rech Sci en Educ. 2017;(17):27–48.

[21] Lacan J. Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. La Psychanal. 1956;(1):81–166.

[22] Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. The Predictive Value of Individual Factors, Work-Related Factors, and Work – Home Interaction on Burnout in Female and Male Physicians : A Longitudinal Study. Stress Heal. 2011;87(May 2010):73–87.

[23] Marquet J. Contribution à un certain mouvement vers une psychothérapie institutionnelle. entre pérennité fragile et pérenne fragilité. Université du droit et de la santé - Lille 2; 2013.

[24] Meynckens-Fourez M. Eduquer et soigner en équipe: manuel de pratiques institutionnelles. Bruxelles: De Boeck; 2013.

[25] Moll S, Eakin JM, Franche R, Strike C. When Health Care Workers Experience Mental Ill Health: Institutional Practices of Silence. Qual Health Res. 2013;23(2):167–79.

[26] Oury J. Les résistances. In: Chemla P, editor. Résistances et transferts. ERES; 2004. p. 19–26.

[27] Pouillaude E. Clinique des psychoses infantiles : du transfert dissocié à la direction de cure. Clin méditerranéennes. 2015;2(92):205–18.

[28] Racamier PC. Le Psychanalyste sans divan: la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques [sic. 2e éd. mis. Paris: Payot; 1973. 435 p. (Collection Science de l'homme).

[29] Rault-Doumax P. Etablissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ? Paris: L'Harmattan; 2005. 222 p.

[30] Robin D. Dépasser les souffrances institutionnelles. Paris: Presses universitaires de France; 2013.

[31] Souchard N, Bonny Y. La recherche-action coopérative, une voie contributive aux productions de la société civile ? In: Chercheur.e.s et acteur.e.s de la participation : Liaisons dangereuses et relations fructueuses. 2015. p. 1–15.

[32] Vince R. Being Taken Over: Managers' Emotions and Rationalizations During a Company Takeover. J Manag Stud. 2006;43(2):343–65.

[33] Vince R. Institutional Illogics: The Unconscious and Institutional Analysis. Organ Stud. 2019;40(7):953–73.

[34] Vince R. The spatial psychodynamics of management learning. 2011;

[35] Wolfe Morrison E, Milliken FJ. Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World Author (s): Elizabeth Wolfe Morrison and Frances J . Milliken Source : The Academy of Management Review , Vol. 25, No. 4 (Oct., 2000), pp . 706-725 Published by : Acad Manag Rev. 2017;25(4):706–25.