



HAL
open science

Soigner les organisations. Éléments épistémologiques, méthodologiques et thématiques pour des recherches de terrain en clinique organisationnelle

Héloïse Haliday

► To cite this version:

Héloïse Haliday. Soigner les organisations. Éléments épistémologiques, méthodologiques et thématiques pour des recherches de terrain en clinique organisationnelle. Psychologie. Université Bourgogne - Franche-Comté, 2025. <tel-05243116>

HAL Id: tel-05243116

<https://hal.science/tel-05243116v1>

Submitted on 6 Sep 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

UBFC

UNIVERSITÉ
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ



Université de Bourgogne-Franche-Comté - ED SEPT

SOIGNER LES ORGANISATIONS

ÉLÉMENTS ÉPISTÉMOLOGIQUES, MÉTHODOLOGIQUES ET THÉMATIQUES POUR DES RECHERCHES DE TERRAIN EN CLINIQUE ORGANISATIONNELLE

Habilitation à Diriger des Recherches soutenue par

Héloïse HALIDAY

Le 14 mai 2025, en présence d'un jury composé de :

Olivier Putois, MCF-HDR à l'Université de Strasbourg, **président de jury**

Alexandra Laurent, PR à l'Université de Bourgogne, **promotrice**

Christophe Bittolo, PR à l'Université Paris-Nanterre, **rapporteur**

Didier Drieu, PR à l'Université de Rouen Normandie, **rapporteur**

Aurélié Maurin-Souvignet, PR à l'Université Lumière Lyon-2,
rapporteure

Florent Schepens, PR à l'Université de Franche-Comté, **examineur**

« Dans la pratique, un moyen peut contribuer tout particulièrement à l'unité des sciences sociales : la collaboration à des recherches communes des spécialistes de chaque discipline, moins soucieux de respecter les frontières que de s'adapter d'abord au phénomène étudié. D'ailleurs les jeunes chercheurs sont de plus en plus nombreux à désirer le dialogue et à croire qu'une science n'acquiert sa véritable personnalité qu'à la charnière des autres sciences. »
(Cornaton, 1969, p. 28)

« [...] un « art » de la mémoire développe l'aptitude à être toujours dans le lieu de l'autre mais sans le posséder, et à tirer parti de cette altération mais sans s'y perdre » (de Certeau, 2010, p. 103)

A Lise, qui aurait dû être là. Ton regard sur le monde restera pour moi une boussole et j'espère être digne, dans ma façon de diriger des thèses et d'accompagner des doctorants, de tout ce que tu m'as enseigné.

Remerciements

Loin de la dynamique de dette qui a structuré ma thèse, j'ai eu la chance de vivre ce parcours d'H.D.R. avec la gratitude de celle qui se sait être bien entourée. C'est aux côtés de quelques-uns et quelques-unes plus particulièrement que je veux célébrer la créativité de la science et le plaisir émancipateur de la libre pensée ; collègues et proches, je vous dédie donc ce manuscrit et espère qu'il vous dira, mieux que je ne saurai le faire, toute ma reconnaissance.

Aux membres de ce jury qui me font l'honneur de leur présence et dont j'attends, comme le disaient les psychiatres de la psychothérapie institutionnelle, qu'ils ne m'en laissent « pas passer une » le jour de la soutenance : Christophe Bittolo, Didier Drieu, Alexandra Laurent, Aurélie Maurin-Souvignet, Olivier Putois et Florent Schepens,

À celles et ceux du laboratoire Psy-DREPI, de tous statuts et de tous métiers, avec lesquels au quotidien nous tentons de construire une vie institutionnelle « suffisamment bonne »,

Aux collègues qui m'ont récemment ouverte sur des horizons interdisciplinaires inexplorés avec tant d'enthousiasme, de rigueur intellectuelle et de bienveillance : Fabien, Morgane, Vanessa,

À toutes les directrices et tous les directeurs d'hôpital qui m'ont accueillie auprès d'eux et à Philippe, parmi ceux-là, pour son amitié indéfectible et la stimulation permanente de nos échanges,

Au staff du XV de France pour son accueil et tout ce qu'il m'a appris, en quelques mois, sur mon propre métier,

À Baptiste, mon compère de soins institutionnels dont j'espère bien lire l'H.D.R. dans les temps à venir,

À Russ, dont j'ai la chance qu'il m'accompagne depuis des années et m'aide à penser toujours plus juste,

À Alexandra, qui m'a ouvert grand les portes du monde académique et m'a encouragée à aller y voir par moi-même afin de trouver ma façon singulière d'être enseignante-chercheuse,

À toute la fine équipe qui m'a portée et soutenue dans la réécriture de ce manuscrit, m'a redonné confiance en la valeur de mon travail et m'a montré, si cela était encore nécessaire, combien les amitiés nouées sur le terrain professionnel sont précieuses et puissantes : Mickaël, Olivier, Florent, Damien, Benoît,

À Fabrice, mon compagnon de route dans la vie et dans la recherche, qui a navigué avec moi dans la tempête et m'a permis d'en rire, et avec qui je trouve tant de joie dans le quotidien,

À la psychanalyse en général, et à une analyste en particulier.

Soutenir une H.D.R. c'est aussi assumer un Dire, se situer à la fois dans le registre du sérieux et du précaire, comme le formulait Jean Oury ; j'espère que ce travail m'ouvrira de belles perspectives avec celles et ceux qui en auront soutenu la dynamique, et avec tous les autres que je rencontrerai chemin faisant.

Table des matières

Remerciements	5
Table des matières	7
Acronymes utilisés	9
PREAMBULE. Un chemin singulier, en psychologie et autour d'elle.	10
INTRODUCTION : la robustesse d'un parcours rhizomatique. Épistémologie, méthodologie, théorie de la pratique.	22
PARTIE 1. SYNTHÈSE DES TRAVAUX	32
1. De la psychiatrie à la psychothérapie institutionnelle : le soin et son organisation .	37
1.1. <i>Opérateur 1 : La distinction entre statut, rôle et fonction</i>	46
1.2. <i>Opérateur 2 : Le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne</i>	47
1.3. <i>Opérateur 3 : L'« être avec » et le « faire ensemble » comme modes relationnels principaux, et le club thérapeutique comme dispositif les mettant au travail</i>	48
1.4. <i>Opérateur 4 : Une fonction de décision exercée en réunion</i>	50
1.5. <i>Opérateur 5 : La liberté de circulation</i>	51
1.6. <i>Opérateur 6 : La fonction d'accueil</i>	53
1.7. <i>Opérateur 7 : Un impératif hippocratique : ne pas sur-aliéner</i>	54
1.8. <i>Opérateur 8 : La greffe d'ouvert</i>	55
2. La quête de profondeur : travaux méthodologiques	57
3. Tournant dans l'objet d'intérêt : du soin organisé à l'organisation elle-même, et ceux qui organisent	71
3.1. <i>Psychologue et manager : deux figures contemporaines du travail émotionnel</i>	80
PARTIE 2. PROJET : Trois contributions pour une clinique au chevet des organisations	84
1. Proposition épistémologique-théorique : délimiter le champ de la « clinique organisationnelle »	85
1.1. <i>Confusion des langues entre le français et l'anglais</i>	85
1.2. <i>Quatre courants fondateurs</i>	92
1.3. <i>... Et un même champ. Pour une « clinique organisationnelle »</i>	105
1.4. <i>En somme</i>	116
2. Proposition méthodologique : D'un certain style de présence sur le terrain en psychologie. Les identifications croisées au service des « méthodologies de la proximité »	120
2.1. <i>Entre distance du chercheur et ethnographie du proche : les méthodologies de la proximité</i>	126
2.2. <i>Subversion du « recueil » de « données » : la place de l'expérience vécue</i>	129
2.3. <i>Derrière les méthodologies de la proximité : les identifications croisées</i>	132

2.4. <i>Un exemple de recherche par la proximité avec les directeurs d'hôpital</i>	135
3. Proposition thématique : les objets de la gouvernance, et un mode de « gouvernance clinique »	146
3.1. <i>Acceptions historiques de la « gouvernance clinique »</i>	151
3.2. <i>Le travail de l'ambiance au travers du travail sur les « objets » de la gouvernance</i>	152
3.3. <i>Les objets organisationnels – référés au fonctionnement de l'établissement</i>	157
3.4. <i>Les objets institutionnels – référés à la vie de l'organisation</i>	163
3.5. <i>Définir la gouvernance clinique par ses principes de travail</i>	169
3.5.1. <i>Sensibilité clinique et renversement de la logique du bien-être</i>	171
3.5.2. <i>Tout est symbole</i>	173
3.5.3. <i>La position interprétative</i>	176
3.5.4. <i>Un modèle de dissémination : propagande par l'exemple et apprentissage par l'expérience</i>	178
3.6. <i>Situer la gouvernance clinique dans un contexte plus large. Le rapport entre pratiques et lois.</i>	181
3.7. <i>Questions de savoirs situés : le « savoir expérientiel » du chercheur est-il un savoir de recherche ?</i>	184
4. Derrière le projet scientifique, un projet humain.	186
SYNTHESE ET CONCLUSION	196
Références bibliographiques	206
Annexe 1 : Méthodologie de la recherche-action menée au CHU de Clermont-Ferrand (2018-2019).	220
Index des notions	229
Résumé	231
Summary	232

Acronymes utilisés

ACL (au sujet des articles) : à comité de lecture

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ASM13 : Association de Santé Mentale du 13^e arrondissement de Paris

A.T.E.R. : Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

BQR : Bourse Qualité Recherche

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DH : Directeur d'Hôpital

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DRH : Direction des Ressources Humaines

ED : Ecole Doctorale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EIG : Evénement Indésirable Grave

FHF : Fédération Hospitalière de France

HCERES : Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

IReSP : Institut pour la Recherche en Santé Publique

MCF(-HDR) : Maître de Conférences des Universités (-Habilité à Diriger des Recherches)

PCPMP (nom d'un parcours de Master) : Psychopathologie clinique, psychopathologie médicale et psychothérapies

SNP : Syndicat National des Psychologues

QVT : Qualité de vie au travail

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TER : Travail d'Etude et de Recherche

UFR : Unité de Formation et de Recherche

PREAMBULE. Un chemin singulier, en psychologie et autour d'elle.

Consciente qu'un C.V. analytique ne dit pas tout d'un parcours personnel, je voudrais dans ce préambule retracer le chemin que j'ai emprunté en psychologie orientée par la psychanalyse, à la frontière de la sociologie puis des sciences de gestion, pour mieux éclairer le projet que je propose – celui-ci étant à la fois un projet scientifique et humain. A la manière de festivals culturels connus pour leur programmation *in* (officielle) et *off* (tout autour de l'officiel, qui s'en décale mais contribue à lui donner un sens et une orientation), je restituerai d'abord mon parcours académique, posant les prémisses de mon projet d'H.D.R., puis dirai quelques mots de mon parcours *off* car sa connaissance me semble pouvoir expliquer, ainsi que je le développerai dans la synthèse de mes travaux, certaines inflexions prises par mes recherches.

Mon désir de recherche s'est éveillé lorsqu'en deuxième année de Master 1 j'ai décidé, de façon un peu inhabituelle par rapport à ce qui se faisait traditionnellement comme mémoire de recherche à l'Université Paris-7 Denis Diderot (aujourd'hui intégrée dans l'Université Paris Cité), de produire un travail théorique sur la réponse que la psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle avaient apportée à la question socialement brûlante de l'accueil des fous, des marginaux et des déviants¹. Ce choix tenait beaucoup à mon tout premier stage, effectué durant ma Licence 3 dans un Club thérapeutique (le Club des Peupliers, rattaché à l'ASM13 à Paris), dans lequel je suis ensuite restée comme membre élue plusieurs années.

¹ L'usage de ces termes se réfère à la maxime connue de Lucien Bonnafé (1991), selon laquelle « On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants ». Les mémoires de recherche à Paris-Diderot portaient souvent sur des questions psychanalytiques théoriques ou appliquées à des problématiques contemporaines. Un mémoire étudiant, comme je l'avais proposé, psychiatrie de secteur et psychothérapie institutionnelle au prisme de paramètres idéologiques, économiques et politiques était de ce fait relativement rare.

Refusant de me positionner comme adhérente ou « membre » d'une école analytique sans comprendre les enjeux autour de leur partition, notamment en région parisienne où celles-ci sont nombreuses, je suis cependant régulièrement allée, à partir de cette expérience « clubesque », écouter les séminaires que Jean Oury tenait les mercredis soirs à Sainte-Anne. Il y avait là un espace volontairement ouvert et non-intégralement identifiable, attestant d'une volonté de transmission de l'esprit de la psychothérapie institutionnelle et, avec lui, de la grande liberté d'emprunt des concepts propre au mouvement de la P.I. C'est sans aucun doute ma rencontre avec ce mouvement et mes stages dans des lieux s'en revendiquant (stage d'été 2014 à la clinique de La Borde, stage sur l'hôpital de jour-péniche l'Adamant en 2014-2015) qui m'ont appris ce que je n'ai cessé ensuite de dire et de théoriser : que l'on peut être clinicien en s'intéressant à l'institution, que l'on peut rester psychologue même en s'ouvrant à des concepts qui bousculent nos présupposés épistémologiques (et la sociologie bourdieusienne, en l'occurrence, n'a pas été en reste s'agissant du dialogue avec la psychanalyse), et que l'on peut, enfin, poursuivre le projet de la psychothérapie institutionnelle en lui proposant des extensions, pour ne pas qu'elle soit un fétiche mais qu'elle reste bien vivante et arrimée à une pratique clinique, même indirecte, en psychologie.

L'histoire et l'analyse de la réponse à la fois psychiatrique et politique de la P.I. aux problèmes sociaux posés par la folie - réponse inspirée de psychanalyse, de marxisme et de sociologie -, me semblait permettre à tout psychologue de mieux se situer professionnellement, et de regarder le monde institué non comme une donnée immuable mais comme une arène dans laquelle des changements étaient possibles, changements auxquels la profession de psychologue elle-même pouvait participer. Après la validation de mon Master 2 Professionnel, j'ai poursuivi mes travaux en Master 2 Recherche avec cette intention en tête, et ai proposé à Alain Vanier et Fethi Benslama un projet de thèse autour des remaniements des pratiques dans le champ de la « santé mentale » avec la question de savoir ce qui, dans le corpus de la

psychothérapie institutionnelle, pouvait ou non encore servir à orienter les manières de faire et la réflexion des équipes pluriprofessionnelles en France. En obtenant un contrat doctoral en 2015 avec l'intention de varier les lieux de recueil de mes données, j'ai eu l'occasion de m'approprier pleinement la méthode ethnographique très utilisée en sociologie combinant observations *in situ*, entretiens semi-directifs et analyse des documents produits par de multiples équipes enquêtées. Ce vocabulaire sociologique, qui a traversé beaucoup de mes écrits et a déterminé un positionnement scientifique à la frontière de la discipline psychologique, a été ancré et nourri par une sociologue, Lise Demailly, qui a suivi mes travaux de thèse, participé à mon jury et continué de travailler avec moi ensuite, jusqu'à son décès prématuré en janvier 2024. Si l'ensemble de mes enseignants à Paris-7 m'ont offert un socle conceptuel inestimable pour utiliser la psychanalyse comme boussole sans la fétichiser, c'est avant tout à Patrick Guyomard, grand connaisseur de la psychiatrie de secteur en plus de sa finesse analytique, que je dois d'avoir sauvé mon mémoire de Master 1 en me mettant sur la voie de paramètres d'analyse non-strictement psychologiques de mes questions de recherche ; c'est sans aucun doute Alain Vanier qui a ensuite déclenché chez moi un transfert de travail suffisant pour démarrer une thèse ; et c'est, enfin, Lise Demailly qui m'a appris chemin faisant à me débrouiller à partir d'une question académique interrogeant la pratique (car questionner la réactualisation de la P.I. ne pouvait se faire seulement par l'analyse des discours la prenant pour objet) afin de soutenir ce travail doctoral avec fierté en janvier 2019.

Doctorante contractuelle, j'ai donc choisi de profiter de la liberté qui m'était donnée de ne pas me rattacher à une institution soignante en particulier pour aller du côté de la variété de ce que le milieu de la santé mentale français pouvait donner à voir (14 terrains sanitaires et médicosociaux au total, dans 14 départements français différents et à chaque fois pendant une semaine), et donc de la montée en généralisation possible de mes résultats. Toutefois, partir régulièrement en terrain au cours de mes trois années de contrat et ainsi vivre des réalités

psychologiques et sociales très éloignées du quotidien de mon laboratoire, le CRPMS², m'a parfois fait ressentir un éloignement du monde de la recherche en psychanalyse dont je n'ai pas tout de suite su quoi faire. Le groupe de doctorants présents au laboratoire entre 2015 et 2018 m'a dans ces moments de doutes considérablement portée, en ce qu'il m'a permis de m'insérer dans un collectif soutenant grâce auquel des amitiés intellectuelles et personnelles sont nées et ont prospéré jusqu'à aujourd'hui. L'Ecole Doctorale qui était rattachée à mon laboratoire (ED 450 dite « Recherches en psychanalyse et psychopathologie ») m'a elle aussi permis d'intégrer des projets stimulants : ainsi ai-je été amenée à faire partie de ses représentants doctorants lorsque celle-ci a été évaluée par l'HCERES et lorsqu'elle a accueilli une délégation de chercheurs et étudiants américains, ou encore à conduire pour elle, sous l'égide du Pr Ouriel Rosenblum, une étude de faisabilité d'un doctorat professionnel.

En déposant mon manuscrit en septembre 2018, je larguais les amarres du travail de recherche classique que représentait ma thèse (étude de corpus comparée et enquête ethnographique) pour rencontrer deux réalités différentes : celle d'un poste d'A.T.E.R. à l'Université Picardie Jules Verne d'Amiens, dans un territoire traversé par des problématiques partiellement étrangères à la ville de Paris intra-muros, mais aussi dans un laboratoire (le CRP-CPO³) où la diversité sous-disciplinaire cachait parfois mal un discrédit jeté sur la psychanalyse et sur toutes les recherches s'y référant. Mon service d'enseignement était regroupé sur un semestre, ce qui m'a permis d'entrer dans une autre institution en parallèle, à savoir le CHU de Clermont-Ferrand, pour y mener un travail de recherche-action d'un an au total, d'octobre 2018 à septembre 2019. Ainsi propulsée « chargée de mission » dans un hôpital gigantesque où je ne connaissais personne, chargée de remédier au symptôme institutionnel (« c'est un hôpital où on ne se parle pas », m'avait alors dit le Directeur Général) et avec une mission qui excédait sans

² Centre de Recherches en Psychanalyse, Médecine et Société, URP 3522.

³ Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Psychisme et Organisations, UR UPJV 7273.

doute mes compétences de l'époque, j'ai beaucoup appris sur le tas. Dans cet apprentissage au pied levé se sont mêlés une supervision informelle avec un directeur d'établissement et docteur en psychologie clinique, Philippe Banyols, dont les apports m'ont permis de mieux comprendre la diplomatie particulière au milieu hospitalier et la façon tout aussi particulière d'y faire avancer des projets, ainsi que d'avidés lectures méthodologiques, qui ont durant cette immersion constitué une véritable bouée de sauvetage. Je les ai trouvées là aussi chemin faisant : ignorante à l'époque des apports de la psychosociologie, je suis d'abord tombée sur des travaux en sciences de gestion déclinant de grandes formes de recherche-action, dont les élaborations sur la co-construction du savoir entre chercheurs et acteurs ont rencontré cette idée, présente dès le début de mon cursus, selon laquelle c'est l'autre à qui nous parlons qui possède le savoir sur ce qui le traverse, et que nous ne faisons que l'accompagner dans le dévoilement progressif de ce savoir insu.

Ainsi suis-je remontée jusqu'aux premiers groupes d'*action-research* de Kurt Lewin, et me suis acculturée aux formes les plus critiques et horizontales de recherche-action participative de Heron et Reason (2001). Sans institution de rattachement pour analyser l'institution, sans groupe de pairs pour travailler le groupe et étirée entre trois villes (Amiens et Clermont-Ferrand, ainsi que Paris où j'habitais), ce sont souvent des collaborations en binôme qui m'ont permis de théoriser ma pratique, ainsi que des rencontres fortuites autour de collectifs éphémères (notamment au cours d'un colloque de jeunes chercheurs sur la recherche-action dont a été tiré un livre Ballon et al., 2019) qui ont plus globalement soutenu mon travail psychique. J'ai choisi de penser – mais prise dans cette aventure, avais-je vraiment d'autres voies que celle-là ? - que la chercheuse en position de consultante (et parfois sollicitée comme psychologue !) pouvait, même seule, proposer une réflexion sur les symptômes de sa structure d'accueil en se laissant traverser par son ambiance, poussant jusqu'à la limite la perméabilité du chercheur avec son objet et son terrain et la question de la soutenabilité psychique d'une telle immersion.

Au sortir de cette expérience, je me suis recentrée sur la région parisienne pour des raisons familiales. Découvrir l'Université Paris Nanterre et être sollicitée par ses étudiants dans le cadre de vigoureux échanges autour de la place de la psychanalyse dans les cours de psychologie a renforcé mon désir pour une façon particulière d'enseigner la clinique orientée par la psychanalyse : aller chercher et discuter avec ceux et celles qui, ni convaincus d'avance ni totalement réfractaires, expriment une curiosité quant à la place de la science dans la société qui pousse l'enseignant au-delà de la pédagogie, du côté de l'engagement avec le monde qui l'entoure, et lui offre l'occasion de montrer par l'exemple et démontrer par l'argumentation comment l'on peut, avec la psychanalyse, se situer « à l'horizon de la subjectivité de son époque » (Lacan, 1956). En parallèle de cette année d'A.T.E.R. où j'ai pu pour la première fois mener des groupes de supervision avec des étudiants de Licence 3, Lise Demailly m'a de nouveau sollicitée pour du travail de terrain en psychiatrie. Les mois COVID de l'année 2020 ont arrêté net l'enquête mais pas la réflexion, qui s'est poursuivie jusqu'après ma nomination en septembre 2020 au poste de Maître de Conférences en psychologie clinique à l'Université de Bourgogne.

Arrivée au Psy-DREPI⁴, laboratoire de psychologie pluri-sous-disciplinaire, j'ai eu le plaisir de rencontrer un ensemble d'enseignants-chercheurs versés dans la psychologie sociale expérimentale, dans une psychologie du sport de haut niveau ainsi que d'une psychologie du travail axée sur la QVT, et dans lequel l'approche psychanalytique de ses enseignants en psychologie clinique, traitant autant des sujets singuliers que des groupes et des institutions, avait toute sa place. Les encouragements à développer une ligne de recherche propre grâce à l'obtention de financements, mais aussi à m'impliquer dans la vie du laboratoire (ce que j'ai fait en me portant candidate, avec Fabrice Gabarrot, MCF-HDR en psychologie sociale, à la responsabilité d'un axe intitulé « Dynamiques identitaires »), m'ont permis de développer une

⁴ Dynamiques Relationnelles Et Processus Identitaires, UR 7458.

approche de recherche singulière et nourrie par de nombreux déplacements sur le terrain, tout en apprenant par l'expérience que « soigner les institutions » était une maxime applicable bien au-delà du milieu psychiatrique de laquelle elle provenait initialement, et notamment au milieu universitaire. En parallèle, installée dans une ville et dans une vie qui laissaient de la place pour la prise de fonctions cliniques, j'ai démarré l'animation d'un groupe Balint composé de huit médecins généralistes dans la ville de Chartres (une séance par mois depuis octobre 2021), puis ai été sollicitée par un hôpital de jour pédopsychiatrique de l'agglomération dijonnaise, et enfin par des collectifs sous haute pression (directions hospitalières, staffs sportifs) pour des interventions post-crise (par exemple au CH de Béziers suite à des suicides de professionnels), ou des accompagnements de plus long cours (à la Fédération Française de Rugby).

Petit à petit s'est ancrée en moi la certitude que les apports de la psychothérapie institutionnelle, ainsi que j'aurai l'occasion de le déplier plus bas, pouvaient être utiles dans des contextes dépassant de beaucoup le cadre du soin psychique. Cette certitude ne s'est pas uniquement imposée depuis l'intérieur de ma propre discipline ; elle nécessite, pour être comprise, la description d'une forme de « curriculum caché », dit autrement : d'une logique de parcours qui, pour n'être pas centrale (*le off*), n'en donne pas moins des éléments essentiels à la compréhension de la place depuis laquelle je parle. J'ai en effet organisé, tout au long de ma thèse et après, ma participation constante à des projets apparemment « annexes », au sens d'une variété d'activités que je menais pour le plaisir intellectuel mais aussi avec la ferme intention de pouvoir les valoriser professionnellement – à l'Université ou ailleurs. Il est amusant de noter, aujourd'hui, combien ce qui était d'abord apparu comme excentré semblait au contraire dès le départ orienté par des intérêts qui se sont frayés un chemin vers le centre de mes recherches : l'organisation et le management des réseaux humains, la valorisation de la psychanalyse grâce à une connaissance épistémologique solide, et l'implication dans la vie de la Cité, donc dans le champ politique. Ainsi mes engagements hors-cursus dans des institutions, associations et

collectifs divers forment-ils, malgré leur apparente disparité, un ensemble cohérent dans les appétences qu'ils m'ont révélées et les compétences qu'ils m'ont permis d'acquérir.

Chronologiquement, la première pierre de cet édifice de l'ombre a été la rencontre avec un chef d'établissement hospitalier en psychiatrie, François Cuesta, lors d'un colloque sur la santé mentale au Ministère de la Santé. Cette rencontre fortuite a abouti en mai 2016 à une première immersion de deux semaines dans le monde de la direction hospitalière publique, avec une consigne aux contours aussi flous que son contenu était riche : accompagner ce chef d'établissement dans sa réflexion en vue de la réécriture du projet de son CHS. C'est grâce à cette expérience consistant à être plongée, sans rien en connaître, dans un monde de chefferies de pôle où les psychologues semblaient ne pas exister⁵, et grâce à la finesse de celui qui avait décidé de m'y engager et d'y soutenir ma présence, que j'ai croisé le chemin de la Fédération Hospitalière de France. Je me suis ainsi vue confier la mission, à l'été 2017, de rédiger une revue de littérature sur la « qualité de vie au travail » pour le pôle Ressources Humaines de cette institution para-publique aux positions hautement politisées et consultées par le Ministère de la Santé. Travailler durant plusieurs mois avec une directrice d'hôpital et un administrateur québécois⁶ pour aboutir à un « Guide QVT » qui utiliserait les apports de la science pour appuyer des modes d'organisation plus démocratiques dans les hôpitaux a été, là aussi, un défi pour la clinicienne que j'étais. Au cours de nos discussions, j'ai été confrontée à un habitus bien plus politique, bien plus diplomatique, et une perception bien plus macroscopique des enjeux d'organisation de l'offre publique de soins que ce que ma formation de psychologue clinicienne m'avait jusque-là permis de comprendre du monde de la santé. Cette ouverture de la FHF à la recherche a permis l'organisation de séances d'un « Cercle managérial » au cours duquel

⁵ Ils existaient bien, mais étaient si peu pris au sérieux que face à la nécessité législative d'adjoindre un volet psychologique au projet d'établissement, il m'avait fallu argumenter contre la proposition initiale de la direction de faire rédiger ledit projet par un médecin pour aller plus vite.

⁶ Ils ont été chaleureusement remerciés dans ma thèse, mais qu'ils le soient ici aussi : Marie Houssel et Antoine Malone sont encore aujourd'hui pour moi des personnes ressources dans le monde de la santé.

quelques chercheurs sont intervenus pour parler aux managers publics de l'impact de leurs travaux pour la gouvernance hospitalière⁷. J'ai ainsi apprivoisé des concepts comme celui de QVT, ai discuté des croisements entre management et psychologie, et ai retiré de ce travail initial une certitude qui ne m'a plus quittée depuis, à savoir celle d'une grande actualité de la psychothérapie institutionnelle dans le milieu hospitalier général - et plus spécifiquement s'agissant des questions managériales qui s'y posent. Ma collaboration avec la FHF s'est poursuivie post-thèse, en même temps que mon contrat d'A.T.E.R. à Amiens et ma charge de mission à Clermont-Ferrand, avec la rédaction d'un « Cahier technique du management participatif » croisant les apports scientifiques des méthodologies dites de « recherche-action » et des retours d'expérience hospitaliers. Sa publication a été grandement freinée par la pandémie de COVID-19 et l'instabilité politique qui en a découlé, et le document final n'est sorti qu'en 2023 ; il a toutefois suscité l'intérêt de l'équipe pédagogique de l'institution de formation des cadres de santé de l'AP-HP, qui fait appel à moi depuis deux ans maintenant pour leur parler des collectifs de travail et des conceptions cliniques orientées par la psychanalyse du changement dans les organisations.

En matière de recherche, j'ai dès ma deuxième année de doctorat été amenée à intégrer un projet au long cours sur les distorsions de consensus scientifiques au sujet du TDAH dans des productions à destination du grand public (2017-2021 pour ma participation, mais celui-ci a considérablement grandi, s'est intéressé à de nombreuses autres pathologies chez l'enfant et est toujours actif) porté par Sébastien Ponnou-Delaffon, à l'époque ATER à l'Université de Lorraine et aujourd'hui Professeur de Sciences de l'Éducation à l'Université Paris-8. Le pari de cette recherche était original et stimulant : porté par un chercheur principal attaché à la psychanalyse et épaulé par François Gonon, le projet s'attachait à chiffrer et à quantifier non

⁷ Nous avons reçu Matthieu Sibé, MCF en sciences de gestion, ainsi que Florence Allard-Poesi, Pr en sciences de gestion, avant que le dispositif doive s'arrêter du fait de la pandémie.

les pratiques psychanalytiques qu'il entendait défendre, mais les erreurs scientifiques et factuelles de ses détracteurs. Sans aucune connaissance ni intérêt préalable pour la pédopsychiatrie, j'ai été fascinée par la stratégie déployée dans le projet et la rigueur scientifique que demandait l'ambition de publier dans des grandes revues internationales. Travailler sur l'usage idéologique des résultats scientifiques a probablement contribué à faire naître chez moi une appétence particulière pour l'épistémologie des sciences, que j'ai pu mettre à profit des années plus tard dans mes cours et mes directions de mémoires et de thèse.

Sur le plan politique, mon implication au Syndicat National des Psychologues (SNP), qui a également commencé à l'époque de ma thèse par la prise de responsabilités dans le comité de rédaction de sa revue, *Psychologues et Psychologies* (ce qui m'a permis de mieux appréhender, par la suite, l'exercice d'expertise d'articles), m'a menée jusqu'à un engagement aux côtés de Renaud Evrard, MCF-HDR à l'Université de Lorraine, et d'autres enseignants-chercheurs et praticiens impliqués pour la formation des psychologues, dans la commission « Université » de cette association. Cette implication pour la profession s'est arrêtée en 2021, lorsque j'ai commencé à souhaiter diriger mes efforts vers des engagements reflétant mes préoccupations académiques (en participant en position éligible à une liste concourant aux élections du CNU de 2023⁸, mais aussi en menant une liste de collègue B pour la représentation de la psychologie au conseil de l'UFR Sciences Humaines de l'Université de Bourgogne en 2024). De façon plus globale, ma titularisation en tant que Maître de Conférences m'a graduellement permis (tout en gardant une attention particulière aux collaborations avec mes collègues de laboratoire, chercheurs titulaires ou associés) de réduire la part la plus périphérique de mes travaux par rapport à mes intérêts de recherche émergents (arrêt de la collaboration autour de l'entité TDAH ; sortie du SNP), afin de donner plus de place et de volume aux

⁸ La liste, initiée et tenue par des psychologues d'orientation psychanalytique, avait pour nom « Pour une Psychologie Clinique dynamique, éthique et scientifique » et était portée par Vincent Estellon pour le collège A, et Joanne André pour le collège B.

populations de recherche et aux objets qui me préoccupent aujourd'hui, autour de l'institution, des processus organisationnels et des phénomènes de gouvernance.

Ces processus d'institution et d'organisation, étudiés dans mes recherches, ont éclairé ma compréhension de la vie institutionnelle de mon département et de mon laboratoire. Dans le quotidien de ma pratique d'enseignante-chercheuse à Dijon, c'est précisément en traversant l'illusion que les structures auxquelles j'étais rattachée pouvaient toujours, si elles étaient suffisamment bien soignées, faire réellement « groupe » ou « collectif », que j'ai pu aller du côté du plaisir à travailler avec des chercheurs eux aussi singuliers, au Psy-DREPI ou ailleurs, et ainsi construire une constellation de travail opérante pour vivre une autonomie de pensée qui ne renierait pas l'interdépendance structurante de la recherche. Le travail sur mon positionnement dans mon institution de rattachement, en analyse et dans la vie quotidienne, m'a permis de ne pas appréhender le travail d'H.D.R. comme une dette normativante, mais comme l'accès à une gratitude émancipatrice.

A l'heure où tous les appels à projets jouent sur la dimension inter- ou trans-disciplinaire de la recherche, à l'heure où des réflexions politiques et sociales sur la robustesse de nos systèmes humains nous amènent à repenser la performance non comme une hyperspécialisation disciplinaire mais comme un tissage rhizomique butinant dans de multiples disciplines pour tenter de dépasser les frontières de la connaissance (Hamant, 2023), je souhaite en tant que chercheuse reconnaître la forte détermination de mon parcours par la psychanalyse et ceux qui m'y ont initiée mais aussi continuer à cheminer ainsi que me l'a appris la psychothérapie institutionnelle, en me confrontant au malaise de l'absence d'évidence naturelle des choses (position au départ pratique qu'Oury avait résumée en « ça va pas de soi », au sujet de laquelle on retrouve de belles lignes dans Ledoux, 2023, et que je trouve tout à fait applicable à la chose scientifique). C'est en m'ouvrant à un monde académique global, plurilingue, transdisciplinaire que j'ai à présent le sentiment de pouvoir exprimer avec authenticité mon désir de recherche,

dans une démarche qui me paraît constituer non l'abandon de filiations antérieures mais une humble participation à la recherche en psychologie de demain, toujours « en train de se faire ».

INTRODUCTION : la robustesse d'un parcours rhizomatique. Épistémologie, méthodologie, théorie de la pratique.

Introduire ce document nécessite donc de lui donner d'emblée une perspective qui n'est pas intégralement ancrée en psychologie clinique, mais veut plutôt réancrer la clinique dans un domaine des SHS investi comme aire transitionnelle, aire de jeu et de créativité. La question de savoir à quelle discipline émargent nos idées n'y est plus immédiatement pertinente, au motif qu'elle risque de limiter l'usage nouveau de concepts anciens – seul moyen de préserver ces derniers de la course narcissique dans laquelle la recherche peut se compromettre lorsqu'elle abandonne la précision et la solidité scientifiques au profit de l'idéologie de l'inédit et de l'innovation.

Mon positionnement ne me situe pas uniquement à l'intérieur de la discipline psychologique, mais aussi dans un ensemble de sciences humaines et sociales qui saisissent via des langues épistémologiques différentes le fond de notre expérience humaine. Si j'ai longtemps pensé que cette pluralité de références constituait un obstacle à la considération de mon travail comme « suffisamment » psychanalytique – et cette crainte s'est de fait actualisée lors d'évaluations de productions de recherche par mes pairs -, j'ai au contraire découvert au cours de mon cheminement d'autres chercheurs qui ne pensaient pas leurs appartenances seulement à partir des travaux qu'ils citaient, mais construisaient une œuvre originale à partir de concepts qui, *pour eux*, avaient été opérants. Avoir entendu le sociologue Hervé Marchal rire de lui-même dans une conférence où il se prenait à citer Wittgenstein et Arendt, soulignant l'incongruité et l'inorthodoxie de ses choix de références tout en assumant ce caractère d'abeille butineuse là où les concepts portent leurs fruits, y a certainement aidé.

Mes publications touchent en effet à un ensemble thématique cohérent, gravitant autour de la question institutionnelle puis organisationnelle, approfondissant petit à petit l'usage de

méthodologies qualitatives venant de la psychologie clinique (groupes de parole ou de supervision), mais aussi empruntées aux sciences sociales (enquête de terrain) ou de gestion (recherche-action). Ces travaux ont toujours été guidés par ma référence non strictement à la psychologie ou à la psychanalyse, mais plutôt à la psychothérapie institutionnelle (P.I.), courant psychiatrique né dans l'immédiate après-Seconde Guerre mondiale ayant construit sa théorie, sa méthode d'organisation des soins et sa pratique quotidienne autour de l'idée qu'il fallait « soigner les institutions pour soigner les malades » - autrement dit que le milieu dit « soignant » ne pouvait se prévaloir de ses propres capacités thérapeutiques qu'à la condition que celles-ci fassent l'objet d'un travail réflexif d'assainissement de ses propres symptômes. La P.I. avait ceci de particulier qu'elle croisait dès sa naissance le corpus psychanalytique, notamment freudo-lacanien, le corpus politique développé autour de K. Marx et de sa compréhension de l'aliénation, ainsi que la sociologie voire, en psychologie sociale, le courant de dynamique des groupes nourri par les travaux de Kurt Lewin (1947a, 1947b). C'est cet ancrage dans un courant dès le départ interdisciplinaire qui a motivé la situation de mes propres travaux d'abord à l'interface psychologie/sociologie, puis plus récemment dans la rencontre féconde avec les sciences de gestion.

Depuis mes premières recherches, je suis passionnée par les systèmes complexes, les rhizomes ou « multiplicités arborescentes » (Deleuze & Guattari, 1980), les circulations d'affects et de fantasmes, le mouvement qui institue plutôt que la fixité de ce qui est institué. Écrire une Habilitation à Diriger des Recherches s'est imposé comme le produit d'un tel mouvement, comme un pas supplémentaire dans la formalisation de ce qui taraude le chercheur qui rédige : comment dire quelque chose d'un parcours qui a préfiguré tout du long, sans que l'on s'en aperçoive, le sillon que l'on tente de creuser ? La diversité des références mobilisées dans mes écrits donne à voir le fait que le chercheur en psychologie peut, à l'instar de tous ses collègues des SHS, faire usage de concepts qui disent quelque chose du Réel qu'il rencontre

sans pour autant se renier, sans céder sur son désir ni trahir les traditions épistémologiques auxquelles ces concepts appartiennent. Dans le fond jusque dans la forme de mon travail je reste marquée par le rapport aux concepts qu'a construits la psychothérapie institutionnelle. Loin d'être elle-même un amalgame indifférencié de concepts psychanalytiques appliqués au champ de la psychiatrie, elle appelait à une distinctivité et une inventivité dans leur utilisation qui n'avaient de limite que la question de leur utilité quotidienne : les concepts nous aident-ils à penser la pratique ? François Tosquelles, l'un des piliers de ce mouvement si ce n'est son premier fondateur, avait eu une formule qui me paraît tout à fait décrire l'ethos de praticien-chercheur duquel se soutient toute ma démarche :

« En ce qui nous concerne, l'appareil idéologique et conceptuel utilisé a seulement la valeur d'un outil de travail, toujours médiateur, provisoire et changeable, toujours asservi et créé pour les besoins de la cause. Ceci ne veut pas dire que n'importe quoi puisse ainsi être utilisé ; que nous n'ayons pas besoin de concepts très précis à forger et à définir. [...] en tant que nous nous sommes définis comme des médecins-ouvriers, nous ne pouvons pas nous laisser fasciner par le fétichisme de l'outil que nous avons nous-mêmes forgé ou pris ailleurs. Peut-être, risquant de provoquer le scandale des vrais maîtres à penser, nous arrive-t-il de ne pas trop nous soucier de la cohérence de notre panoplie d'outils-concepts [...] notre tâche est, en quelque sorte, et dans certaines limites, homologue par exemple à celle d'un mécanicien garagiste ; lorsqu'il n'a pas d'inconvénient à employer des théories ou des conceptions sur le fluide électrique devant un type de panne, et, dans d'autres cas, à manipuler des conceptions formelles de type géométrique à propos de l'ajustement d'un écrou. Il n'y a guère de cohésion intellectuelle entre une pince-monseigneur et un marteau. Le problème est que la voiture marche... »
(Tosquelles, 1984/2006, p. 18)

Le travail du clinicien se référant à la psychothérapie institutionnelle repose donc à la fois sur une jambe psychanalytique et sur une jambe politique, mais il s'appuie aussi sur ce que la sociologie et l'anthropologie nous apprennent du monde et de l'humain, sur ce que la philosophie ouvre comme expériences de penser, sur ce que les sciences de gestion, très plurielles, tentent de formaliser des organisations. Ainsi, si l'on fait équivaloir – comme c'est aujourd'hui le cas en médecine et dans presque toutes les disciplines afférentes – la performance d'un chercheur à son hyperspécialisation (cette équivalence est parfaitement décrite par Hamant, 2023), force est de constater que le clinicien institutionnaliste ne peut *structurellement* pas être performant. En travaillant sur les organisations sans être rattaché aux sciences de gestion on lui retoque ses demandes de financements de projets de recherche, en parlant des émotions de ses interviewés à des sociologues on lui reproche de « croire sur parole » ses informateurs, en s'intéressant à la fonction de direction on lui fait grief de n'être pas assez engagé politiquement - puisque le champ du politique se réduit aujourd'hui bien trop souvent à « la » politique, version univoque et simplifiée « du » politique tel que défini par Jacques Rancière, qui désigne les processus par lesquels on fait communauté et non la « cuisine gouvernementale » (Rancière, 2004) -, voire on l'accuse de compromission avec la casse du service public⁹. Ainsi, si le chercheur institutionnaliste ne peut pas prétendre à la performance découlant de l'hyperspécialisation, c'est plutôt du côté de la robustesse que celui-ci émerge, une robustesse rhizomatique permettant de tracer de multiples voies de recherche vers l'objet si complexe qu'est l'institution ou – comme j'aurai l'occasion d'en dire quelques mots plus loin – l'organisation.

Or la psychologie clinique, et plus particulièrement les psychologues cliniciens, ont de longue date appris à se méfier de l'organisation, méconnaissant souvent les travaux de ceux qui, avec une écoute analytique, ont de leur côté décidé d'occuper le terrain (Arnaud, 2012;

⁹ L'ensemble de ces événements étant placés là à dessein : je les ai tous vécus.

Arnaud et al., 2018; Enriquez, 2003). Ma propre formation initiale m'a amenée, durant des années, à ignorer le travail managérial et de direction ainsi que tous les aspects « organisationnels » des établissements de soins, au motif d'une centration plus importante sur la pureté des concepts psychanalytiques propres aux thérapies individuelles et institutionnelles¹⁰. Pourtant, mon parcours de thèse et plus particulièrement ses détours m'ont amenée à regarder la psychothérapie institutionnelle pour ce qu'elle a été : un corpus théorico-pratique organisationnel. Il a fallu pour en arriver à cette idée – qui comme tous les regards extérieurs et asynchrones sur le phénomène qu'ils étudient choisissent nécessairement un parti pris qui ignore d'autres aspects de leurs objets – que je rencontre et que je travaille régulièrement avec des directeurs d'hôpital¹¹ durant tout mon parcours de doctorante et après. Ces rencontres fortuites m'ont éveillée aux questions de qualité de vie au travail, dont j'ai pu constater combien elles répétaient à leur insu l'histoire de l'innovation qu'a constitué la psychothérapie institutionnelle ; elles m'ont appris, avec rudesse parfois, qu'entre la pensée institutionnelle habituelle chez les cliniciens et le réel de l'organisation parfois très contraint, un monde se dressait qu'il était injuste de réduire à un ensemble de pantins dépourvus d'agentivité et prenant des décisions pour asseoir leur pouvoir plutôt que de servir leurs administrés. En travaillant à la reconstruction du projet social du CHU de Clermont-Ferrand en parallèle de ma première année d'ATER, j'ai rencontré de plein fouet ce que tant de chercheurs en sciences de gestion tentent aujourd'hui de cerner sous le terme d'« ambiance », alors que la psychanalyse des groupes, la psychothérapie institutionnelle et les études d'urbanisme ont

¹⁰ Ma participation à deux reprises à des vagues d'expertise de formations pour l'HCERES m'a montré combien la mise de côté de la nécessaire analyse des paramètres institutionnels et organisationnels n'était pas propre aux Masters d'orientation psychanalytique, mais plus globalement à la structuration des Masters de psychologie - à l'exception de parcours de psychologie du travail et des organisations ou de parcours axés sur la clinique institutionnelle. Ces derniers sont cependant encore rares en France.

¹¹ Directeur d'hôpital étant un grade de la fonction publique, le terme « hôpital » ne prend pas de pluriel lorsque l'on se réfère à eux.

depuis longtemps tenté d'en décrire le caractère évanescent et pourtant déterminant dans les relations sociales (Bittolo, 2007; Chaperot & Altobelli, 2014; Thibaud, 2002, 2014).

Me trouver un an plus tard touchée, pendant la pandémie, par la situation de certains directeurs avec qui chemin faisant je m'étais liée d'amitié – ce qui, j'y reviendrai plus loin, a nécessité que je pense les zones grises entre proximité et distance avec mes populations de recherche -, m'a poussée à aller du côté de ce qui dès le départ avait en réalité été ma préoccupation : penser l'organisation pour espérer y changer quelque chose nécessite de parler avec ceux qui organisent, au-delà des collectifs soignants intégralement ou partiellement auto-gérés. Quitte à découvrir, comme cela a été le cas pour moi, que ceux qui organisent sont loin d'être dépourvus de tout sens clinique et que, bien à l'inverse de l'image que les psychistes ont construit d'eux, c'est parfois au niveau même du sens clinique et de la responsabilité que celui-ci implique qu'ils sont les plus proches de nous ; inquiétante étrangeté de ce « sens clinique » si familier possédé par d'autres, que les psychologues à l'hôpital considèrent comme les plus éloignés de la chose clinique. Peut-être y aurait-il alors, me suis-je prise à penser, une *clinique organisationnelle* faisant appel à des objets, à des principes, au fond à une logique propre, que la psychologie clinique pourrait étudier pour rejoindre à son horizon la subjectivité de ceux que l'époque a désignés pour « organiser », « diriger », « gouverner ». C'est en tout cas ce que je soutiendrai dans ce texte.

Le chemin qui sera le mien dans les pages à venir consistera donc à montrer comment s'est dégagée pour moi une voie nouvelle, à partir de la psychothérapie institutionnelle et de la sociologie, et dans un deuxième temps de la rencontre avec la psychodynamique des systèmes, vers ce que je proposerai d'appeler une clinique organisationnelle. Cette voie n'est pas celle d'idées radicales dans leur nouveauté, mais d'une tentative toujours à l'œuvre dans mon travail de faire entendre l'originalité des conceptions de la psychothérapie institutionnelle et leur pertinence, moyennant quelques adaptations théoriques, pour penser les organisations

soignantes de notre monde contemporain. J'avais eu, il y a déjà quelques années, des discussions à ce sujet avec Lise Demailly, dont la présence m'a soutenue tout au long de mon travail de thèse. Celle-ci me disait que le terme de « psychothérapie institutionnelle » ne parlait plus : fétichisé car assimilé à quelques lieux emblématiques, il avait perdu de son aura et risquait de desservir la cause de la « psychiatrie centrée sur la relation » qu'elle voyait, quant à elle, comme une porte de sortie au débat (Caron et al., 2021). De fait, l'approche que j'ai adoptée au fur et à mesure de mes travaux s'est éloignée de la psychiatrie comme discipline de soin et des enjeux de son champ propre pour se rapprocher des réflexions sur les organisations en tant que telles ; elle s'est éloignée aussi de la question du mieux soigner (au sens du *care*) pour revenir à l'autre racine de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur, à savoir un projet politique et clinique : celui de la désaliénation.

En larguant les amarres du champ psychiatrique, en laissant de côté le vocable de la « psychothérapie institutionnelle » pour décrire le projet qui sera le mien à partir de cette H.D.R., j'ai résolument choisi de poursuivre les investigations de celles et ceux que je considère comme mes maîtres et d'aller explorer des contrées institutionnelles quelque peu différentes, au nom du caractère révolutionnaire de ce que la P.I. a mis au jour puis construit : l'aliénation est double, et nous participons tous à l'aliénation sociale ; la psychanalyse seule permet de concevoir l'ensemble des éléments organisationnels comme porteurs d'une dimension symbolique qui ne se rabat pas sur leur matérialité, et ainsi fait apparaître le champ organisationnel, comprenant les mouvements institutionnels mais aussi des éléments propres à la vie des établissements, comme un terrain où la psychologie des profondeurs a elle aussi sa place. Sans verser dans l'idée que les organisations seraient littéralement, dans une sorte d'anthropomorphisme organisationnel, des êtres vivants à part entière, tout mon propos consistera à les traiter « comme si », autrement dit à porter sur elles le regard et l'écoute analytiques qui permettent d'entrevoir, au-delà de la concrétude des processus d'organisation

humains, les effets de sens qui font parler et agir individus, groupes et équipes d'une façon qui défie la rationalité consciente. Cette intention se déploiera en trois chemins parallèles, conformément à la définition que Freud donna à la psychanalyse (Freud, 1923/1985b)¹² et qui me paraît poser les bases de tout courant se destinant à contribuer au changement social : le premier sera théorique et épistémologique, le deuxième sera méthodologique, le troisième thématique-pratique. Il s'agira d'ouvrir une voie qui permette progressivement à ceux qui s'y engageront de constituer un corpus théorique apte à rendre compte de la clinique organisationnelle ; d'un corpus méthodologique apte à recueillir des données de recherche pertinentes, témoignant de l'expérience des acteurs et permettant la construction d'un savoir situé intégrant le vécu du chercheur faisant l'expérience de l'expérience d'autrui ; d'un corpus thématique et pratique enfin, qui rende compte d'une nécessaire extension du champ considéré comme clinique à certains éléments des établissements, et à des modes de gouvernance qui témoignent d'une redécouverte par la pratique des principes organisateurs des collectifs soignants mis en lumière par la psychothérapie institutionnelle.

Ce pas de côté que je peux aujourd'hui m'autoriser, qui rend hommage à la P.I. mais propose résolument de ne pas s'arrêter à ce qu'elle a proposé et de poursuivre le chemin, est celui d'une clinique organisationnelle qui s'oriente des mêmes principes – l'Inconscient nous détermine individuellement, groupalement et institutionnellement ; l'aliénation sociale tend toujours à redoubler nos aliénations psychopathologiques et historiques personnelles – tout en prenant au sérieux les sciences de gestion et du management faisant du *care* un élément essentiel du leadership, et des managers des professionnels dont le travail émotionnel et ses processus

¹² Elle était structurée ainsi : « *Psychanalyse est le nom : 1) d'un procédé pour l'investigation de processus animiques, qui sont à peine accessibles autrement ; 2) d'une méthode de traitement des troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation ; 3) d'une série de vues psychologiques, acquises par cette voie, qui croissent progressivement pour se rejoindre en discipline scientifique nouvelle* ».

psychiques afférents ne sont pas aussi éloignés que ce qu'il y paraît des processus conduisant un thérapeute à nommer ses propres éprouvés pour mieux saisir ce qui traverse son patient.

Je proposerai donc dans ce travail qu'il existerait un champ théorique, méthodologique et pratique de recherche à l'intérieur duquel pourrait se penser une thérapeutique institutionnelle en extension, à l'image de ce que la psychanalyse des groupes a fait et proposé à partir des concepts de la cure individuelle¹³, et en opposition avec les corpus contemporains scientistes de théorie des organisations ou de théorie « institutionnelle » (*institutional theory*) qui postulent que les acteurs sociaux sont mus par des motifs rationnels et que leurs comportements ne sont que stratégies (pré-)conscientes. « Clinique organisationnelle » sera le nom de ce champ dans lequel je situe épistémologiquement mes recherches, champ dans lequel d'autres que moi et d'autres disciplines que la mienne travaillent aussi ; le terme de « méthodologies de la proximité » désignera, dans un second mouvement, les moyens par lesquels le chercheur enquête dans ce champ-limite de la psychologie ; « gouvernance clinique » circonscrira, enfin, une pratique typiquement rattachable au champ de la clinique organisationnelle qui ne peut être circonscrite qu'au moyen de cette situation épistémologique et de cette approche méthodologique. Il ne s'agira pas de dire que les managers, les directeurs ou les gouvernants seraient les médecins d'institutions malades ; il s'agit en revanche bien de poursuivre dans cette idée, fondatrice pour la clinique institutionnelle, que les organisations gagnent à être vues comme des patients un peu plus gros que les autres. La pratique organisationnelle le montre régulièrement : toute réflexion sur les phénomènes étranges et dérangeants qui émergent dans

¹³ Si René Kaës a rendu l'expression célèbre dans le champ de la clinique groupale, il est intéressant de constater que le terme d'extension était aussi présent dès 1967 chez Lacan : « [...] je m'appuierai sur les deux moments du raccord de ce que j'appellerai respectivement dans ce déduit la psychanalyse en extension, soit tout ce que résume la fonction de notre Ecole en tant qu'elle présentifie la psychanalyse au monde, et la psychanalyse en intension, soit la didactique, en tant qu'elle ne fait pas que d'y préparer des opérateurs ». Mon usage du terme d'extension émerge à ces deux traditions analytiques : extension de l'objet d'intérêt, en rapport avec l'œuvre de René Kaës, et présence de la psychanalyse au monde telle que formulée par Lacan – même sans Ecole.

les organisations nécessitent, à la façon de Freud et de ses topiques, des représentations schématisées et métaphoriques pour maintenir la pensée vivante.

Ce travail d'H.D.R me permettra, à partir de ces élaborations, d'encadrer des thèses en psychologie clinique étudiant des systèmes organisationnels particuliers dans le monde de la santé (fonctionnements collectifs et liens avec le management, modalités alternatives de gouvernance, place de la fonction de direction dans les structures sanitaires et médicosociales et des professionnels en position de l'incarner, ambiances institutionnelles et leurs effets sur l'organisation concrète des soins), et progressivement, si certaines analogies apparaissent pertinentes, dans d'autres mondes professionnels intéressés à la dimension clinique de leur organisation et de leur gestion. Il s'agira de poursuivre le travail de coopération avec les collectifs auto-gérés et les professionnels en charge de la gouvernance de structures de soins publiques ou privées, sanitaires ou médico-sociales, au moyen de méthodologies immersives favorisant une culture interdisciplinaire en recherche qualitative, et d'une culture bilingue en termes de référentiels théoriques, quoique toujours ancrée dans une orientation psychanalytique de la psychologie. Si cette culture se veut aussi large que possible, le sens de ce travail est de rendre compte des textes, auteurs et concepts dont j'ai choisi de me doter pour creuser mon propre sillon de recherche ; je ne tenterai donc nullement d'atteindre l'exhaustivité de la connaissance des courants dont je parlerai plus bas et espère que mes lecteurs, experts en ces domaines, y trouveront tout de même matière à penser avec moi.

PARTIE 1. SYNTHÈSE DES TRAVAUX

Ce résumé de mes travaux, s'il est orienté par les publications qui seront ici présentées, gagne tout autant à être lu à la lumière de mes nombreuses prises de parole et interventions dans les événements professionnels des milieux que j'ai enquêtés (psychiatrie, psychothérapie institutionnelle et directions d'hôpital)¹⁴. En effet, les réflexions qui se sont données à lire sous la forme finale d'articles publiés dans des revues à comité de lecture indexées et non indexées, ainsi que dans des chapitres d'ouvrage, doivent beaucoup à l'élaboration itérative qui a été possible grâce à mes allers-retours entre terrain et recherche, mais aussi grâce aux moments de co-construction du sens attribué à mes données lors des présentations de résultats de recherche à mi-parcours aux interviewés eux-mêmes. Je reviendrai sur cet aspect dans la partie méthodologique de mon projet.

Certains travaux publiés en collaboration avec d'autres enseignants-chercheurs seront volontairement laissés de côté dans cette synthèse, notamment ceux portant sur le TDAH, les phénomènes traumatiques et le délaissement parental¹⁵. Cette partie de mes publications a en effet procédé du désir initial d'autres collègues ; mon entraînement (dans les deux sens du terme) dans des thématiques extérieures à mon objet a été très bénéfique dans l'apprentissage des rouages de la publication et du travail en équipe, mais ne peut être considéré comme appartenant au même désir de recherche que celui qui me dirige vers la soutenance de mon H.D.R.

¹⁴ Ces prises de parole sont référencées dans mon CV analytique. A l'heure où j'écris ces lignes, et en plus d'interventions dans des colloques scientifiques, j'ai fait depuis 2022 (date de mes premiers résultats de recherches lancées en tant que Maître de Conférences à Dijon) plus de 25 interventions dans les milieux professionnels concernés par mes recherches (santé mentale et centres hospitaliers généraux, séminaires de directeurs d'hôpital).

¹⁵ Pour un total de 8 ACL sur 38 à l'heure de l'écriture, soit environ 20% de la production ACL totale. La proportion reste stable si l'on intègre à ce calcul les articles ACNL et ASCL ainsi que les chapitres d'ouvrages.

Une dernière précision me semble ici utile, quant à la relation que le contenu de mes recherches entretient avec les mécanismes de financement auxquels le monde académique s'adosse aujourd'hui. De la même façon que mon préambule fait état d'allers-retours continus, au cours de mes années de recherche, entre un *in* (recherches centrées sur mon objet de prédilection, à savoir l'institution, et centrales à mon projet d'HDR) et un *off* (recherches avec des partenaires non-académiques ou non-centrées sur mon objet principal d'intérêt, nourrissant des compétences utiles à la soutenance de l'HDR mais sans rapport direct avec mon projet), c'est aussi l'ensemble des financements non-obtenus qui permet d'éclairer la dynamique des financements remportés, et plus globalement la dynamique de travail collectif qui m'a animée dès ma thèse et que j'ai contribué à animer en coordonnant parfois des collectifs de recherche. Ainsi, reprenant dans le tableau ci-dessous les appels à projets que j'ai coordonnés ou auxquels j'ai participé, même ceux pour lesquels la réponse a été négative (en grisé), je tiens à faire apparaître – ce que mon CV analytique ne peut pas montrer – un historique au plus long terme de mes intérêts de recherche et de mes collaborations :

Date et type de projet	Titre et objet du projet	Equipe de recherche impliquée et rôle personnel
<p>2024 – 2025 : Réponse à AAP Blanc de la Fédération des MSH de Bourgogne et de Franche-Comté.</p> <p>Dotation : 800 euros.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sciences de gestion.</p>	<p>Projet PIIGOCS : Perspectives Interdisciplinaires et Internationales sur la GOuvernance Collaborative en Santé.</p> <p>Demande de financement d'un séjour de recherche de H.H. à Montréal pour organisation de séminaires et préparation de réponse à AAP France-Canada de l'ANR.</p>	<p>Equipe de recherche : Héloïse Haliday (porteuse de projet), Morgane Gabet (professeure adjointe à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal).</p>
<p>2023 – 2024 : projet confié par la Fédération Hospitalière de France.</p> <p>Dotation : 7000 euros.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sciences de gestion.</p>	<p>Recherche sur les déterminants de la permanence des soins à l'hôpital public (vécus des gardes et des astreintes chez les médecins hospitaliers).</p>	<p>Equipe de recherche : Héloïse Haliday (cheffe de projet), Séverine Ringanadépoullé, Allisone Condursi (stagiaire) ; du côté de la FHF, Hélène Gendreau, Rodolphe Soulié et Olivier Claris.</p> <p>Rôle dans le projet : Gestion d'une dotation de recherche, recrutement de collaborateurs, réalisation d'une partie des entretiens semi-directifs avec les médecins, restitution aux interviewés.</p>
<p>2023-2024 – Réponse à AAP Région Bourgogne-Franche-Comté de type « Envergure ».</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sociologie.</p>	<p>Projet TRIADDH : TRIAdede Déterminants des trajectoires professionnelles et socio-psychologiques des Directeurs d'Hôpital.</p> <p><i>Projet classé par le Psy-DREPI et l'Université de Bourgogne mais non-financé par la Région BFC suite à arbitrages territoriaux de répartition des crédits de recherche.</i></p>	<p>Equipe de recherche : Héloïse Haliday et Florent Schepens (coordinateurs à parts égales).</p>

<p>2023 – Réponse à AAP « TransLation » de la Fédération des MSH de Bourgogne et de Franche-Comté.</p>	<p>Projet EcoDir : L'écologie des équipes de direction des établissements publiques de santé.</p>	<p>Equipe de recherche : Florent Schepens (porteur de projet), Héloïse Haliday.</p>
<p>2023 – Réponse à ANR JCJC.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie (clinique et sociale)/sociologie.</p>	<p>Projet ROSEBERY : Retaining hospital professionals for a better healthcare system.</p>	<p>Equipe de recherche : Héloïse Haliday (coordinatrice), Alexandra Laurent, Fabrice Gabarrot, Florent Schepens, Christophe Mazzoni.</p>
<p>2022-2023 – Réponse à AAP Région Bourgogne-Franche-Comté de type « Envergure ».</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sociologie.</p>	<p>Projet PRADI : Pratiques, stratégies et vécus des personnels de direction de l'hôpital public</p>	<p>Equipe de recherche : Florent Schepens, Héloïse Haliday (coordinateurs à parts égales), Lise Demailly.</p>
<p>2022 – 2025 : AAP Région BFC type « ANER » (accueil nouvelle équipe de recherche).</p> <p>Dotation : 37500 euros.</p> <p>Projet mono-disciplinaire (psychologie).</p>	<p>Projet RINHO : Relations Interprofessionnelles à l'hôpital public : le problème de la fidélisation hospitalière.</p>	<p>Equipe de recherche : Héloïse Haliday (coordinatrice), Alexandra Laurent, Christophe Mazzoni (doctorant co-encadré).</p> <p>Rôle dans le projet : coordination scientifique, ouverture des terrains dans cinq centres hospitaliers publics de 3 Régions différentes, entretiens semi-directifs et observations <i>in situ</i> du travail de direction, restitution aux enquêtés (directeurs d'hôpital).</p>
<p>2021-2022 : AAP Bourse Qualité Recherche de l'Université de Bourgogne, type « Recherche en Réseau ».</p>	<p>Projet CARE-DH : Prendre soin des directeurs d'hôpital dans leur formation. Organisation d'ateliers de co-développement pour la filière « directeur d'hôpital » de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)</p>	<p>Equipe de recherche : Héloïse Haliday (réceptrice de la BQR, coordinatrice), Paula Cristofalo (MCF, EHESP).</p>

<p>Dotation : 4000 euros.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sociologie.</p>	<p>à Rennes.</p>	<p>Rôle dans le projet : initiation du projet et rédaction de la réponse à l'appel, co-animation des groupes de co-développement.</p>
<p>2020-2021 : AAP Fédération Inter-Maisons des Sciences de l'Homme Région BFC, axe « Transmission, Travail, Pouvoir ».</p> <p>Dotation : 2000 euros.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sociologie.</p>	<p>Projet VIRALH-19 : Vie Relationnelle à l'Hôpital en temps de Covid-19 : le cas des directeurs d'hôpitaux.</p>	<p>Equipe de recherche : Héroïse Haliday (coordinatrice), Florent Schepens (PR, LaSA).</p> <p>Rôle dans le projet : initiation du projet et rédaction de la réponse à l'appel, ouverture des terrains (cinq centres hospitaliers au total, dont 4 en Région Bourgogne-Franche-Comté), conduite des entretiens semi-directifs, conduite de focus groups, retranscription des entretiens et restitution aux interviewés.</p>
<p>2020 – Réponse à AAP IReSP.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sciences de l'éducation/statistiques.</p>	<p>Projet PAMELA : La Prescription de Médicaments Psychotropes Hors AMM chez l'Enfant et de L'Adolescent en France - Analyse du Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).</p>	<p>Equipe de recherche : Sébastien Ponnou-Delaffon, Héroïse Haliday, Benoît Thomé, François Gonon.</p> <p>Rôle dans le projet : deuxième EC impliquée, non-coordinatrice.</p>
<p>2017 – Réponse à AAP CNSA.</p> <p>Projet interdisciplinaire psychologie/sciences de l'éducation</p>	<p>Projet API : Analyse de parcours d'inclusion en milieu scolaire ou professionnel de jeunes en situation de handicap (psychique, mental ou TLSA).</p>	<p>Equipe de recherche : Martine Janner-Raimondi, Bernard Pachoud, Jean-Jacques Schaller, Diane Bedoin, <i>Marjorie Larose-Mortier, Camilla Aloisio-Alves (post-docs pressenties)</i>, Héroïse Haliday.</p> <p>Rôle dans le projet : coordinatrice logistique entre les membres (organisation des réunions de travail), écriture de la V1 du projet.</p>

L'ensemble des tentatives dont j'ai été la coordinatrice a été guidé par la même idée : que l'obtention de financements soutienne la recherche et le désir de travail plutôt qu'il n'en détermine les objets. Ainsi, tous les projets que j'ai déposés, dont ceux que j'ai obtenus, sont à voir comme des *reflets* d'intuitions de recherche antérieures à leur dépôt plutôt que comme les *moteurs* d'engagements sur des objets nouveaux. Je reviendrai sur ma conception du rapport aux financements dans la dernière partie de ce manuscrit consacrée au projet humain derrière l'H.D.R., à savoir la direction de la recherche d'autrui.

1. De la psychiatrie à la psychothérapie institutionnelle : le soin et son organisation

La question du soin apporté aux patients n'a pas été, dans mon cheminement, la plus centrale ni la plus approfondie. Elle n'est apparue qu'assez tardivement dans mes écrits, sous la forme d'une collaboration sur les psychothérapies psychodynamiques (Reynaud et al., 2021) ou du côté du décloisonnement des orientations psychothérapeutiques nécessaire à la prise en considération des patients psychiatriques dans leur globalité (Demailly & Haliday, 2022). De ce décloisonnement, c'est la phénoménologie psychiatrique comme courant revenant à la dimension pathique, du sentir (Haliday, 2023a), qui s'est révélée la plus riche pour la suite de mes travaux, celle-ci m'ayant progressivement ouverte à la dimension de l'« ambiance », terme déjà présent dans le corpus de la P.I. et que la problématique de mon dernier projet de recherche financé¹⁶ a situé comme élément central de la fidélisation des professionnels hospitaliers. Une fois décrits ces quelques travaux prenant la clinique « directe » pour objet, quelques pas de recul suffisent pour percevoir combien c'est, d'emblée, la clinique des institutions de soins qui m'a portée et inspirée. Dès ma thèse, l'institution était et a continué à être l'objet central de mon

¹⁶ Projet RINHO, voir tableau ci-dessus.

travail, destiné à l'étudier dans ses formes théoriques et pratiques. Celle-ci apparaît bien plus souvent comme marginale dans les publications en psychologie clinique : reconnue comme un fait social déterminant les dynamiques transféro-contre-transférentielles groupales et individuelles, l'institution n'est que rarement décortiquée comme objet de recherche pour elle-même - et lorsqu'elle l'est, nous le verrons plus loin, les multiples définitions qui lui sont données ne facilitent pas la tâche au chercheur qui s'y colle. Cet écrit n'aura pas vocation à en proposer une nouvelle : la distinction qui tout du long a structuré mes travaux était celle que François Tosquelles avait amenée, et que la psychothérapie institutionnelle dans son ensemble a reprise, entre institution et établissement. La définition que donnait Ginette Michaud de l'institution me paraît encore très à-propos, et c'est ainsi que l'on pourra entendre mon usage du terme dans les pages qui suivent : « *l'institution est une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelque nature qu'il soit* » (Michaud, 1977, p. 33). Par distinction, l'établissement renvoie à l'ensemble de ce qui a été établi, à la stabilité de structures étatiques publiques, mais aussi à l'ensemble des rouages concrets (budgets, organigramme, architecture, réglementation) qui permettent le maintien de cette stabilité dans le temps et dans l'espace.

Pour rentrer dans le vif du sujet, mes publications sur l'esprit des soins, dès mon travail de doctorat, ont toujours voulu défendre la thèse d'une indéniable actualité de la psychothérapie institutionnelle (Haliday, 2019c). Le chantier pour ce faire était immense et réticulaire. Il impliquait également une remise sur le métier permanente de mon propre positionnement, favorable à ce courant et par conséquent biaisé dans la recherche. Pouvait-on conduire une étude sur l'actualité des soins en psychiatrie et en santé mentale en étant convaincue qu'il fallait en sauver les savoirs historiques ? Mon premier départ sur le terrain tenait peut-être plus de la croisade que de la recherche, car malgré la connotation du terme, il n'y a pas d'autre moyen de parler avec justesse du projet qui était le mien, à savoir celui de convaincre et de convertir.

M'inscrire dès la première année de ma thèse dans un DIU « Santé mentale dans la communauté » partait de ce constat : il faut bien, stratégiquement, comprendre ce qui se passe politiquement, sentir le vent tourner, pour s'armer des bons arguments. J'y ai entendu ce contre quoi certaines de mes publications psychiatriques se sont battues : le terme d'institution – et cela est soutenu par l'histoire (Guery, 2003), par la sociologie (Bonny, 2012) ou la philosophie (Castoriadis, 1975; Jaeggi, 2009) – désigne d'abord le mouvement, le processus menant à un résultat qui trouvera momentanément à se figer et ainsi se rendre plus clairement interprétable.

Je me suis donc attelée en premier lieu à la revalorisation du terme d'institution, au motif de sa nécessité pour penser le mouvement des collectifs humains (Haliday, 2019a). J'ai tout d'abord tenté de réhabiliter ce terme en travaillant sur son étymologie, afin de montrer que la définition actuelle, qui l'identifie au bâti, procédait d'un glissement de sens advenu dans l'aller-retour de traduction entre le français et l'anglais. Ainsi l'idée qu'en nommant mal les choses on s'était enfermés dans un malentendu pourtant solvable m'a-t-elle tenu à cœur longtemps, et avec elle la bataille pour la réhabilitation de la P.I. Pour ne pas en finir trop vite avec les institutions, en pratique comme en recherche, il fallait être précis et réaliste sur ce qu'elles sont : une institution est un réseau d'échanges à l'intérieur duquel circulent des éléments matériels et symboliques, en fonction de relations aux niveaux de surdétermination multiples (individuel, groupal, organisationnel, sociétal). Mais il faut aussi garder en tête ce qui est leur tendance « naturelle », comme le disait Oury, puisque ces institutions ont une vie propre, procédant d'un mouvement perpétuel d'auto-transformation qui risque toujours de s'ignorer lui-même et verser dans l'aliénation :

« Dans toute description de l'institution hospitalière, éviter de tomber dans le piège d'une description d'une totalité. [...] Il faut tenir compte – et ce doit être le sens premier et permanent du travail du psychiatre dans son hôpital – d'un mouvement

« naturel » de glissement vers le pratico-inerte et de la prise en systèmes d'aliénation interne » (Oury, 2001, p. 103)

La pathoplastie institutionnelle est un mouvement inévitable, que l'on ne peut chasser qu'à condition de ne pas céder au semblant fantasmatique de la fixité des formes que prennent les collectifs. La rhétorique d'un soin spécifique à apporter à l'institution conçue comme réseau d'échanges interhumain repose donc sur un constat clinique : tout ensemble de personnes, *a fortiori* lorsqu'il est pour partie composé de personnes malades, risque toujours de glisser dans des formes d'existence productrices de symptômes, autrement dit de logiques rigides, répétitives et sources de souffrances individuelles et collectives, en plus d'une inefficacité quant à sa tâche primaire. Il me faut ici ajouter une précision terminologique, qui est importante lorsque l'on chemine dans le champ de la psychiatrie. Je la reprendrai à Alain Guéry (2003), que j'ai souvent cité dans mes articles, afin d'expliquer pourquoi je n'utilise pas le terme d'« institutionnalisation » malgré les malentendus au sujet de l'« institution » :

« Toute l'ambiguïté du mot institution part de ce que, finalement, il désigne aussi ce point fixe qui justifie un développement, une action continue, fondatrice dont il est le but [...] Il en résulte ce caractère double, que, très vite, prend le mot institution ; il renvoie à une dynamique, à une action continue, ou à la mise en œuvre d'une idée, pour lui donner une forme finale fixe, figée, statique, laquelle prend vite le nom, également, d'institution. Pour nous, aujourd'hui, une institution est d'abord cet arrêt de ce qui est, pourtant, malgré lui, histoire, et donc permet de décrire celle-ci en un temps arrêté et de la dater. Et c'est pourquoi nous utilisons le mot redondant "d'institutionnalisation" pour signifier ce qu'institution veut pourtant d'abord dire » (pp. 9-10)

Continuer à situer l'institution comme un terme certes équivoque, mais qui ne nécessite pas pour autant d'user du terme d'« institutionnalisation » pour signifier ni son mouvement ni le lien entre instituant et institué, est une affirmation étymologique témoignant de mon affiliation théorique avec la psychothérapie institutionnelle. Cette affiliation m'a demandé un travail rigoureux sur le terme d'institution afin de pouvoir l'utiliser, comme je le ferai plus loin, en lien avec le terme d'« établissement » mais aussi d'organisation ; loin de décrédibiliser les apports de Castoriadis ou de la psychosociologie au sujet de l'institutionnalisation, mon choix lexical doit surtout être compris à l'aune de la façon dont les termes ont voyagé dans le domaine des soins psychiatriques. Maintenir le terme d'institution revient, dans ce qu'aujourd'hui on nomme plus globalement la santé mentale, à lutter contre une autre équivoque, bien plus dangereuse. « Institution » ayant en effet progressivement dérivé dans le langage commun pour ne désigner que le bâti, l'« institutionnalisation » décriée des patients (comprise comme leur enfermement arbitraire) a mené à des mouvements radicaux de « désinstitutionnalisation », terme confondu avec la « déshospitalisation ». Parler d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation n'avait déjà, dans les années 70 et sous la plume d'un auteur comme Franco Basaglia, pas d'autre sens que de penser se débarrasser des *murs* pour se débarrasser des *mentalités* asilaires, confusion que des auteurs cliniciens avaient déjà pu dénoncer dans les années 70 (Majastre, 1972) puis 80 (Garrabé, 1983, 1987). Ne pouvait-on pas ainsi expliquer – c'était là mon premier argumentaire, en tout cas - que le terme de « psychothérapie institutionnelle » irrite les partisans de la désinstitutionnalisation ?

J'ai donc mis au travail ce constat clinique et institutionnel d'une actualité insuffisamment soulignée du corpus de la P.I. face au risque perpétuel de pathoplastie des collectifs humains, et en suis arrivée à une systématisation des propositions théorico-pratiques de la psychothérapie institutionnelle : je faisais l'hypothèse qu'en changeant leur mode de présentation (par « opérateurs » et plus par une transmission historique totalisante), la P.I.

pouvait être reconnectée aux actualités du champ de la santé mentale et y prendre part (Haliday, 2019c; Haliday & Khidichian, 2019a). Mes articles à ce sujet témoignent à la fois d'un attachement fort à la tradition, propre à la psychothérapie institutionnelle, d'analyse des réseaux d'échanges humains qui se développent dans les établissements, mais aussi à la situation de ces institutions dans des écosystèmes de la santé mentale où d'autres courants (« rétablissement », « santé mentale communautaire ») se développent, parfois à partir de l'idée erronée que la P.I., parce qu'elle est ancienne, ne serait pas capable de s'adapter à la modernité (Caron et al., 2021). Mes travaux ont également étudié, grâce au droit et à des conceptions politiques retournant aux sources de la P.I., les évolutions récentes de l'organisation du soin en psychiatrie en matière de gestion des injonctions de soins et de la centralité politique de la parole des patients (Haliday & Banyols, 2024; Haliday, 2023b).

Petit à petit cependant, il m'a fallu me résigner à l'idée que ce que je prenais pour un malentendu était bien plutôt de l'ordre d'un désaccord profond sur la question de l'organisation des soins, sur le sens même du soin, un désaccord de société, un désaccord – disons-le - *politique*. J'ai tenté d'alpaguer de nombreux collègues au sujet d'un esprit des soins propre à la psychothérapie institutionnelle qui semblait refaire surface dans tous les courants que l'on disait « nouveaux » en santé mentale (Haliday, 2018) : la santé mentale dans la communauté mettait l'accent sur la vie dans la Cité sans pourtant aucune référence à une théorie de l'organisation pluriprofessionnelle nécessaire pour atteindre cet objectif ; le rétablissement parlait du rôle des pairs sans expliciter que les constats à ce sujet dataient de l'époque des asiles ; la réhabilitation psychosociale mettait l'accent sur la quotidienneté comme lieu où apprendre à vivre avec les autres sans restituer que se pencher sur le quotidien nécessite de parler de phénoménologie et pas seulement d'exercices cognitivo-comportementaux. A tous, je demandais : n'avez-vous pas l'impression que cela répète ce qu'avait déjà trouvé la psychothérapie institutionnelle ? Cette répétition s'est trouvée confirmée à l'endroit où je m'y attendais le moins, à savoir à l'occasion

de l'écriture de la revue littérature que m'avait demandée la Fédération Hospitalière de France au sujet de la qualité de vie au travail à l'hôpital public (Haliday, 2017). A partir d'une littérature extensive quant au rôle du management dans la QVT des soignants (et plus spécifiquement, d'un management dé-hiérarchisé, appuyé sur une fonction de décision partagée et des réunions d'équipe), j'ai pu réaffirmer l'actualité toujours vive des trouvailles humaines de la psychothérapie institutionnelle : la clinique n'a pas fondamentalement changé, ni les moyens de lutter contre la pathoplastie et ainsi d'humaniser en permanence soignants et soignés.

Il a fallu un travail de confrontation permanente à la méthodologie ethnographique en sociologie, que j'avais choisie d'adopter, puis un deuxième projet post-thèse pour accepter, en me glissant dans les chaussures de l'ethnologue, de regarder les pratiques pour ce qu'elles étaient (Demailly & Haliday, 2022; Haliday & Demailly, 2023), sans dimension comparative entre courants préconçus, sans non plus être trop dupe de l'évolution des projets politiques sous-tendant les nouvelles idéologies en circulation – idéologies dont le rapport avec les pratiques n'est toutefois jamais direct ni causal. Ainsi est-ce grâce à un chemin de traverse, celui des méthodologies des sciences sociales, que j'ai pu adopter une perspective véritablement clinique, dégagée de conceptions idéologiques quant au bien-fondé ou non des murs mais attentive à ce qui la sous-tend politiquement, et que j'ai poursuivi mon travail d'étude des institutions, c'est-à-dire de saisie au vol de l'instituant plutôt que de pure description des formes-figures temporaires de l'institué (j'emprunte la distinction à Castoriadis, 1975). Penser les institutions aujourd'hui signifie se situer au niveau des processus dynamiques plutôt que de leur résultat figé, sans pour autant négliger l'aspect social et politique d'une démarche remettant en permanence sur le métier ce qui apparaît comme des « données » sociales. User d'un triptyque institution-instituant-institué, empruntant par là à la P.I. et à d'autres auteurs en même temps, est ainsi un véritable choix lexical me rattachant à l'histoire et poursuivant mes travaux antérieurs.

Ainsi, si le cœur de mes travaux d'immédiate après-thèse a consisté en une articulation théorico-clinique entre les opérateurs de la psychothérapie institutionnelle dégagés durant mon travail de doctorat (Caron et al., 2021; Haliday, 2019c), je me suis petit à petit décalée d'une position de défense d'un courant auquel je tenais vers une position d'argumentation de son intérêt organisationnel, à défaut d'un autre corpus arrivant à faire – et aussi bien – ce que la P.I. avait de spécifique : soigner des collectifs humains de leur propre folie. Ce décalage m'a permis de quitter un point de vue très axé sur le milieu psychiatrique pour aller du côté du monde de la santé en général. Je souriais d'abord en coin, à partir de mon ancrage dans la P.I., à l'idée que « soigner l'institution pour soigner les malades » ait été en 2016 adapté presque mot pour mot dans une stratégie nationale promue par le Ministère de la Santé¹⁷. J'ai moins ri, en revanche, en comprenant que des années de travaux sur la Qualité de Vie au Travail indiquant la nécessité d'aménagements organisationnels et pas uniquement individuels n'avaient pas empêché l'augmentation constante d'interventions individualisantes visant un mieux-être rapide au travail. Le fait que la P.I. ait bien plus d'affinités avec les courants dits des « organisations alternatives » (Hildwein, 2021) qu'avec les théories organisationnelles *mainstream* est l'un des multiples symptômes de ce déni de la dimension systémique des symptômes institutionnels, et de la nécessité de solutions qui lui répondent (Chater & Loewenstein, 2023).

Si le terme « psychothérapie institutionnelle » utilisé dans son acception historique et classique sert, encore aujourd'hui, à nommer des pratiques dans le champ psychiatrique et pas ailleurs – tandis que le terme de *care* revient également dans le milieu somatique, et plus largement dans les études en management (Gabriel, 2015; Levay & Andersson Bäck, 2022) -,

¹⁷ Celle-ci avait pour titre « Prenons soin de ceux qui nous soignent », et a donné lieu à de nombreux dispositifs, notamment la nomination d'un médiateur national : <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>. (Consulté le 15 juin 2024). Depuis, cette expression est devenue un véritable slogan, qui a pu servir à nommer un appel à projets de recherche de la Fondation des Hôpitaux comme à titrer des vidéos YouTube officielles de divers Centres Hospitaliers (notamment celui de Valenciennes, connu pour sa politique interne de délégation de gestion).

je considère donc que les convergences en matière d'art d'organiser des pratiques humanisantes montrent que le savoir et le savoir-faire contenus dans le corpus de la P.I. dépassent largement la pratique psychiatrique et rencontrent d'autres courants avec lesquels ils partagent un objet d'investigation particulier : celui d'un mode d'organisation axé sur l'accompagnement et la mise au travail de la vulnérabilité des êtres et de la vulnérabilisation supplémentaire que des institutions insuffisamment soignées peuvent induire chez leurs usagers.

Une autre originalité de ce courant a consisté à construire un corpus non de principes à appliquer, mais d'opérateurs reliant théorie et pratique. Ces opérateurs (Caron et al., 2021; Haliday, 2019c) ne sont pas seulement des concepts. Ils tirent leur spécificité d'être en prise directe sur la pratique, témoignant d'un rapport entre connaissance et praxis qui donne toujours la primauté chronologique à la seconde : « Ce qu'on essaie d'élaborer est toujours une sorte de traduction [...] de quelque chose qu'on fait » (Oury, 1986b, p. 55). La production de concepts dans la P.I. s'est toujours faite « à un niveau opératoire » (Guattari, 1966, p. 31), à partir d'une conception de la théorie comme devant être issue et servir en retour la pratique. Les termes même d'opérateurs ou de concepts opératoires étaient déjà présents dans ce corpus, indiquant la volonté des auteurs principaux de la P.I. de développer un rapport souple à la théorie, en créant un arsenal guidant la pratique sans la contraindre, donc adaptable à des contextes territoriaux et socio-démographiques différents en France. Cette logique paramétrique d'analyse du corpus de la P.I. a considérablement déterminé mes travaux ultérieurs proposant de décortiquer les pratiques de gouvernance, dont je rendrai compte plus bas. Je propose à mes lecteurs de restituer brièvement ces opérateurs afin de pouvoir plus facilement mesurer l'influence d'une analyse approfondie du corpus de la P.I. sur ma façon de faire de la recherche, mais aussi l'écart existant aujourd'hui entre ces élaborations centrées sur les relations soignants-soignés et leur but thérapeutique et mes avancées récentes justifiant la passation de cette H.D.R.

1.1. Opérateur 1 : La distinction entre statut, rôle et fonction

La P.I. a dès ses débuts pointé du doigt les hiérarchies trop rigides propres à la tradition médicale comme facteurs d'aliénation sociale dans le milieu institutionnel psychiatrique. Ses auteurs ont promu un corpus conceptuel permettant une distinction entre trois éléments, complémentaires entre eux, qui complexifient la logique hiérarchique verticale : le statut, la fonction et le « rôle ». Afin d'éviter des confusions terminologiques liées à l'importation du terme de *role* en anglais, se traduisant plus volontiers par « fonction » en français, il est nécessaire de rappeler comment elle les définit dans son propre corpus.

Le statut est à considérer, dans la P.I., comme une étiquette situant toute personne dans une catégorie sociale, elle-même ordonnée par rapport à d'autres dans l'organigramme d'un établissement. Le statut a une valeur hiérarchique : il situe les responsabilités légales des protagonistes du soin, mais ne peut pas restituer la pertinence pour le soin des actes produits par les personnes au travail. La subversion de la hiérarchie promue par la P.I. résulte ainsi d'un étonnement clinique dont ses psychiatres promoteurs ont su se saisir : celui d'avoir constaté, dès les années 50, l'« indice psychothérapique » de l'attitude du personnel, aussi dit « activité thérapeutique spontanée du personnel infirmier » (Ayme, Rappard, & Torrubia, 1964).

Ainsi, la fonction a deux sens dans le corpus de la PI. Le terme recouvre les fonctions individuelles et les fonctions collectives, à savoir d'un côté le travail prescrit de chaque professionnel et de l'autre côté des fonctions concernant l'institution entière comme la fonction d'accueil, la fonction de direction ou la fonction thérapeutique, pour ce qui ressort des milieux de soin. Les fonctions individuelles renvoient à l'exercice des missions confiées à un professionnel en fonction de son statut, mais aussi de ses compétences spécifiques. Ainsi les actes propres à un métier peuvent-ils être complétés par des responsabilités supplémentaires, de type « référence » (être « référent hygiène », ou « référent de l'accueil des stagiaires »

relevant d'une mission formellement ou informellement assignée à un professionnel, sans que celle-ci fasse nécessairement partie de sa fiche de poste initiale). Les fonctions « institutionnelles » peuvent être collectivisées, partagées ou comme le formule Jean Oury, « ventilées » sur plusieurs personnes d'une même équipe (2008).

Le rôle est à comprendre comme une attribution de ce que la psychanalyse, à laquelle se réfère la P.I., nomme « transfert ». Ce terme, élargi au champ institutionnel, recouvre les phénomènes témoignant d'une répétition, dans le milieu de vie et de soins, de complexes et schémas relationnels antérieurs des acteurs de l'organisation. Être investi comme un « mauvais objet » ou comme un idéal auquel le sujet va tenter de coller, cherchant son approbation et son amour, constituent autant de situations dans lesquelles soignants et soignés tiennent des rôles à leur insu, rôles qui varient en fonction des personnes qui les investissent et de ce qu'elles répètent de leur propre histoire sur la scène institutionnelle. Ainsi que le suggèrent Chapman et Long (2009), les rôles sont des places laissées vides qui nous préexistent, et dans lesquelles nous entrons comme dans un moule préformé pour nous, de façon plus ou moins consciente.

La distinction entre statut, rôle et fonction est le préalable, pour Oury, à l'établissement en chacun d'une « gymnastique mentale » chez les soignants et les soignés pour ouvrir chacun à une grande variété de relations possibles. Travailler à partir de cette gymnastique mentale entre statut, fonction et rôle transférentiel permet en effet à chacun d'accéder à une multiplicité de places sociales, à partir de la remise en cause du statut comme organisateur des relations entre les personnes. Il s'agit d'établir une hiérarchie fonctionnelle (Delion, 2001), subvertissant la verticalité de l'organigramme mais aussi la hiérarchisation symbolique entre acteurs minorisés car malades, et acteurs dominants car représentant la normalité.

1.2. Opérateur 2 : Le coefficient thérapeutique de la vie quotidienne

L'idée d'un « coefficient thérapeutique » de la vie quotidienne est double : il s'agit, tout d'abord, des affirmations récurrentes dans le corpus de la P.I. au sujet du rôle de la vie quotidienne pour les personnes souffrant de psychose (Oury, 1986b, 2001). Il est aussi et surtout question, en réalité, de soutenir que la vie quotidienne n'est un facteur capital qu'en tant qu'elle est le bouillon de culture de l'ensemble des relations et des échanges de la communauté, malgré les différences statutaires. Ainsi Oury pouvait-il dire, dans l'un de ses articles (2000) : « Qu'est-ce qui compte dans la vie quotidienne ? Ça peut être tout aussi bien un copain que le médecin, un cuisinier, un jardinier, un infirmier. Là, il n'y a pas de "statuts", on s'en moque complètement, ce sont simplement des affinités. Ces gens-là, qu'ils le veuillent ou non, sont devenus responsables, porteurs d'investissements partiels qu'ils ignorent eux-mêmes. » (p. 3).

Conceptualiser un coefficient thérapeutique de la vie quotidienne n'a de sens que couplé à la distinction rôle/statut/fonction. En effet, l'action ou les mots d'un patient envers un autre peuvent être, à un moment donné, infiniment plus utiles que l'intervention d'un soignant professionnel, et méritent donc que l'on s'y arrête. Rappelons que porter des éléments de la vie quotidienne – qui se retrouvent dès lors qu'existe un semblant de communauté – au rang d'outils thérapeutiques en puissance (toujours pris dans une programmation du hasard qui les suppose potentiellement créateurs de rencontres bénéfiques) implique également que le champ du thérapeutique dépasse largement les murs de l'hôpital psychiatrique.

1.3. Opérateur 3 : L'« être avec » et le « faire ensemble » comme modes relationnels principaux, et le club thérapeutique comme dispositif les mettant au travail

Le travail clinique en psychiatrie rencontre un problème spécifique : la tendance au repli symptomatique propre à certains troubles psychiques, témoignant d'une difficulté d'être dans le monde social. Il s'agit donc de soigner l'« avec » (Oury, 1998) en traitant le milieu, à travers la constitution de groupes à même d'effectuer un travail réflexif sur ce qui se passe au quotidien

et d'offrir des occasions pour les sujets accueillis de reconstruire leur sentiment de continuité d'exister. Pour y répondre, l'un de ces leviers n'est pas tant une forme organisationnelle que la déclinaison en tout lieu et à tout moment d'un mode de relation à autrui qui n'est ni le laisser faire, ni le faire pour, ni le faire faire, mais un « être-avec » ou « faire ensemble » qui met au-devant le processus de réalisation de l'action, et ce qu'il suppose de savoir-être avec autrui. Il ne faut toutefois pas confondre les moyens et la fin, les groupes et l'« avec », au risque de croire qu'« en rétablissant de « l'avec », on a résolu la question » (Oury, 1998, p. 167).

Comment, en effet, prendre soin de la dimension de l'être-avec si elle n'est pas déjà l'objet d'un travail fait par l'ensemble des professionnels organisés en une équipe ? Oury proposait un lien entre être-avec pour les patients, être-avec pour les professionnels et constitution d'une équipe : « Il est donc nécessaire qu'il y ait, au niveau même de ce qu'on peut encore, prudemment, appeler une équipe, une suffisante estime réciproque, une suffisante hétérogénéité [...] » (2008, p. 168). C'est à l'endroit du « faire avec » comme mode d'action principal des relations entre professionnels et usagers qu'intervient l'organe privilégié, pour le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, de l'exercice de cette fonction transformatrice du Collectif : le club thérapeutique.

Désigné comme l'« institution de base sur laquelle repose la totalité des activités ergothérapeutiques et sociothérapeutiques créant lui-même son réseau institutionnel autour de commissions, groupes de travail, organismes de gestion » (Ayme et al. 1964, p. 8), et instrument de soin collectif enraciné dans le concret, le club est un élément facilement repérable et partageable de la psychothérapie institutionnelle, car il est le plus souvent organisé à partir d'une association de loi 1901 dont le bureau est composé de soignants et de soignés. Les échanges économiques y sont un prétexte aux relations : lorsque le club veut organiser une sortie exceptionnelle pour les patients (les exemples de terrain ne manquent pas : voyage à la

mer, sortie bowling, achat de places de théâtre...), la question de la levée des fonds nécessaire implique une coopération soignants-soignés et la constitution de groupes de travail à même de co-décider des actions à réaliser ensemble. Les patients se trouvent alors pris dans une activité collective qui les insère comme membres d'une communauté en même temps qu'elle les extirpe de formes de retrait social pathologiques. Ces pratiques collectives sont un outil essentiel pour orienter les relations de la vie quotidienne dans une stratégie thérapeutique qui envisage les activités et médiations « sous le double aspect de la participation effective du malade à l'organisation de son milieu d'existence et de l'utilisation qu'en fait l'équipe soignante » (Ayme et al., 1964, p. 8).

1.4. Opérateur 4 : Une fonction de décision exercée en réunion

Une des caractéristiques de la PI est de remettre en cause la répartition verticale des contributions de chacun, au travers de la distinction statut/rôle/fonction déjà vue. Cette remise en cause amène à s'émanciper du modèle traditionnel des réunions médicales, et à concevoir la « fonction de décision » non comme l'attribution en propre du chef, mais comme une fonction institutionnelle tenue par le collectif.

Pour la première génération de psychiatres réformateurs, c'est autour du problème de l'échange des informations que va se poser la question des réunions : la réalité institutionnelle pousse en effet à reconnaître les apports de l'expérience quotidienne des infirmiers et repenser la hiérarchie des informations cliniques. Le fonctionnement d'une institution dépend ainsi directement des réunions (Rothberg, 1968), ce qui leur confère une dimension immédiatement réflexive.

Sans idéaliser les réunions d'équipe auxquelles on conférerait d'emblée une vocation thérapeutique, il s'agit de travailler le dispositif même de la réunion afin qu'elle ne soit pas

inductrice de mouvements groupaux pathogènes. La conflictualité au sein du personnel et au sujet d'un patient, lorsqu'elle n'est pas métabolisée et traitée, peut en effet donner lieu chez ces mêmes patients à des phénomènes pathologiques supplémentaires. Après une étude de plusieurs années à la clinique de Chestnut Lodge aux États-Unis, les sociologues Stanton et Schwartz (1954) en étaient ainsi arrivés à une prescription aujourd'hui assez largement acceptée : c'est le clivage au sein de l'équipe qu'il faut traiter, chose que, soulignaient-ils déjà, les psychiatres travaillant à l'hôpital savaient tous intuitivement.

Ce qui permet à une réunion d'opérer lorsqu'elle parvient à un assentiment collectif, c'est l'acceptation d'une hiérarchie fonctionnelle par la personne qui occupe la position de leader d'équipe : celle-ci devient alors garante – et plus simple incarnation surmoïque – d'une fonction de décision collectivisée. Oury abondera dans ce sens et proposera ainsi de distinguer décision et responsabilité (Oury, 2015), dont seule la seconde est une prérogative exclusive du médecin-chef du fait de son statut. Le pas de côté opéré par la psychothérapie institutionnelle consiste donc à situer la décision comme une fonction qui circule lors d'espace-temps dédiés, et non comme une attribution statutaire. Réfléchir à qui est invité et en fonction de quoi, travailler la plus grande liberté de parole possible malgré les habitudes hiérarchiques, laisser au collectif (soignant, soignants-soignés ou au collectif de soignés) la possibilité de décider sont autant de préceptes aujourd'hui retrouvés dans des modes organisationnels plus horizontaux que la PI avait théorisé dès les années 60. Il ne s'agit toutefois pas de fétichiser l'idée même de se réunir : la réunion, en tant qu'outil du travail de soin, doit avant d'être mise en place avoir été collectivement discutée afin de déterminer son utilité, ses fonctions et sa pertinence par rapport aux problématiques du milieu institutionnel, c'est-à-dire du réseau d'échanges interhumains.

1.5. Opérateur 5 : La liberté de circulation

Travailler à ouvrir les lieux d'isolation procède d'un double mouvement : « orienter l'espace », c'est-à-dire toucher aux aspects stables de toute structure de soin – bâtiments, architecture, ergonomie – et « programmer le hasard » des relations et des rencontres. La liberté de circulation n'est cependant pas anarchie du mouvement, mais toujours programmation du hasard de la rencontre dans un espace organisé par le langage : nommer les différents lieux que le patient peut investir, connaître « de nom » les distinctions entre les personnes qu'il va y rencontrer, contribuent à ce que le patient puisse s'orienter dans l'espace et dans ses relations, voire qu'il puisse constituer sa circulation dans le lieu de soin comme une « énonciation piétonnière » (de Certeau, 2010). Cela touche bien sûr à l'architecture, mais concerne surtout l'orientation des espaces donnés, leur disposition d'une façon favorable à la programmation du hasard pour préserver le caractère vivant de la circulation (savoir qui l'on peut voir en se rendant à la cuisine, mais aussi être potentiellement surpris sur le chemin par une rencontre inattendue). L'errance des patients dans les services dont les portes sont fermées, si elle correspond effectivement à des déplacements dans l'espace, ressemble en effet plutôt à une stéréotypie spatiale : elle témoigne bien de la façon dont le mouvement lui-même peut être aliéné.

On voit ici tout à fait comment cette logique s'imbrique avec la psychiatrie de secteur, le champ médicosocial et plus largement le fonctionnement de la Cité. Cela suppose que les patients puissent entrer dans différents lieux, puissent rencontrer différentes personnes et puissent participer à différentes tâches, y compris celles qui lui seraient normalement refusées. Le patient, par sa circulation, est amené à constituer sa propre constellation de rencontres qui sauront appeler le transfert, condition nécessaire au soin. La liberté de circulation est ainsi une condition pour que le patient puisse lui-même créer son réseau de soins, tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur, pour autant qu'il y trouve des « espaces de tranquillité ». Cette tranquillité nous apparaît comme un autre nom du septième opérateur : la fonction d'accueil.

1.6. Opérateur 6 : La fonction d'accueil

Oury parlait, pour expliquer la nécessité de l'accueil, d'une « double aliénation » (De Zitter, 2019 ; Ledoux, 2023) contre laquelle toute organisation visant à soigner des patients déjà en souffrance : le processus par lequel, psychopathologiquement, le patient est rendu étranger à lui-même risque en effet toujours d'être redoublé par l'aliénation sociale, qui en ordonnant les relations à partir d'une hiérarchie verticale nie le mouvement propre aux institutions et à la société (Castoriadis, 1975). Ainsi Oury parlait-il du risque d'écrasement de la subjectivité des patients :

« Il importe donc de s'appesantir quelque peu sur les conditions minimales pour qu'une institution permette de « soigner » les gens qui y sont. Il semble nécessaire que les désirs ne soient pas écrasés. Nous y constatons souvent des systèmes massifs d'aliénation [qui] aboutissent toujours à des configurations monotones, interchangeableables d'un établissement à un autre, développant des formules en impasse [...] » (Oury, 2001, p. 172)

Pour y répondre, la PI a orienté toute son organisation autour de l'accueil de personnes souffrant de troubles souvent sévères impactant la perception de soi, des autres et du monde. Sans le formuler tout à fait ainsi, elle part du principe de la vulnérabilité des êtres et de sa nécessaire prise en compte pour penser un environnement qui ne redouble pas leurs difficultés. La plupart des auteurs l'ont formalisé en parlant d'une « fonction d'accueil » institutionnelle, au sens où sa responsabilité incombe au collectif et à l'ensemble de ses membres sur lesquels cette fonction est « ventilée ». Accueillir se fait non de façon technique, mais de façon relationnelle. Conjointement à la distinction statut/rôle/fonction, l'accueil est un concept opératoire qui articule les niveaux institutionnel et individuel puisqu'il permet, selon les mots de Marc Ledoux, « de respecter la singularité de chacun dans l'ensemble de la vie collective » (Ledoux, 2007, p. 122). Collectivement portée, la fonction d'accueil pousse à une distinctivité

maximum des sujets en présence, une « attention régulière, singulière, pour chaque personne » (Oury, 1986a, p. 177) : sans elle, le hasard de la rencontre « dont l'intensité transforme à jamais le paysage » (Molinier, 2016, p. 144) est impossible.

Ce qui est là mis en question, c'est la capacité de l'institution à se laisser utiliser par le sujet en souffrance, si elle accepte d'incarner « le lieu où le dialogue avec le malade est possible malgré le délire » (Torrubia, 2002, p. 15). Encore faut-il que l'institution soit disponible, c'est-à-dire elle-même nettoyée des complexes qui peuvent empêcher son rôle thérapeutique.

1.7. Opérateur 7 : Un impératif hippocratique : ne pas sur-aliéner

Loin de l'idéal d'un « bonheur » ou d'un « bien-être » au travail, la PI a proposé d'organiser, sur le modèle des interventions chirurgicales, une suffisante « asepsie » du milieu institutionnel. A l'image des plaies réelles, des relations abîmées dans les groupes humains peuvent empirer si rien n'est fait pour endiguer la prolifération d'agents pathogènes dans les échanges interpersonnels, ces agents étant de deux ordres : à la fois tenant compte des effets de la pathologie psychotique sur le sujet qui en souffre et les collectifs qui prennent soin de lui, et des effets néfastes de l'aliénation sociale et des rigidités relationnelles qu'elle engendre. Se référant au corpus politique marxiste, auquel elle emprunte le terme d'« aliénation », la PI vise à éviter les processus par lesquels professionnels et usagers des organisations psychiatriques sont rendus étrangers à eux-mêmes, souvent par le biais d'identités sociales en confrontation (patients contre soignants, normaux contre malades, psychiatres contre infirmiers, etc.).

Les « agents pathogènes » ne sont donc pas des personnes, ni des groupes : ils relèvent de la réalité psychique des individus, des équipes et des institutions. Tout milieu institutionnel est en effet orienté dans son potentiel en fonction des émotions et fantasmes (au sens des constructions imaginaires que nous portons avec nous sans toujours en avoir conscience) qui le

conduisent parfois à des illogismes organisationnels (Vince, 2019). Or émotions et fantasmes ont un effet sur nos perceptions du monde et nos façons d'interagir avec autrui : la PI considère qu'ils doivent au nom d'un impératif de « désaliénation » (Bonnafé, 1991) faire l'objet d'un certain traitement psychique, afin qu'ils n'obèrent pas la perception des soignants comme des soignés de la vie quotidienne partagée. Ce travail sur la double aliénation sociale et psychopathologique est perpétuel et passe par la réflexivité des acteurs du milieu organisationnel sur leur propre fonctionnement, et notamment sur leur rapport à la hiérarchie.

1.8. Opérateur 8 : La greffe d'ouvert

La « greffe d'ouvert » est posée, dans le corpus de la PI, comme une solution à deux risques de fermeture : celui qu'occasionne le repli sur soi propre à certains troubles psychiques, mais aussi celui de l'inertie contre laquelle doivent constamment lutter groupes et institutions. La deuxième partie de cet opérateur touche à des champs bien plus vastes que celui du soin : Oury et beaucoup d'autres auteurs de la psychothérapie institutionnelle ont explicitement articulé ouverture au-dedans et ouverture vers le dehors : « Ça, c'est resté toujours pour moi la base de toute théorie de l'organisation d'un milieu psychiatrique. L'ouvrir vers l'extérieur d'une part, lui permettre d'autre part de devenir un milieu qui soit respirable ou, si vous voulez, où l'on puisse parler » (Oury, 2001, p. 81). Si toute institution est un organisme vivant, alors les mouvements de fermeture qu'elle affecte pour répondre aux contraintes externes ou internes auxquelles elle fait face sont à traiter, structurellement, de la même façon que l'on traite la fermeture schizophrénique : par des greffes d'ouvert. A l'intégration du patient dans une structure réticulaire interne vient répondre son inclusion dans une structure réticulaire au dehors de l'hôpital ; de façon analogue, une institution toujours en mouvement se trouve en permanence dans un réseau de liens inter-institutionnels toujours en mouvement lui aussi. Ainsi,

tout travail institutionnel en l'un de ses points transforme à son tour la structure des échanges entre les éléments qui le composent.

///

Ayant rapidement restitué les opérateurs issus de ma thèse et à partir desquels j'avais tenté de déterminer dans quelle mesure les propositions de la P.I. étaient encore actuelles pour penser et pratiquer dans le champ de la santé mentale, il me faut immédiatement préciser que ceux-ci ne sont plus au centre de mes recherches actuelles. Avoir travaillé le courant de la P.I. pour en dégager des opérateurs m'importe aujourd'hui avant tout dans son intention et sa logique, qui sont transversales à d'autres objets et ont guidé la formalisation de mon programme de recherche pour les années à venir. L'intention désaliénante est centrale dans ce travail ; la logique paramétrique y concourt en détotalisant des courants à haut risque de fétichisation et en les rendant accessibles à des professionnels ni cliniciens, ni psychologues de métier.

Cette recherche d'approfondissement et d'élargissement du champ de la clinique institutionnelle m'a petit à petit amenée à l'un des articles-tournants de mon travail (Haliday, 2021), dans lequel j'ai proposé d'utiliser mon ancrage dans le courant de la psychothérapie institutionnelle pour comprendre un phénomène fantasmatique vécu et entendu à l'hôpital public, que j'ai appelé « fantasme de l'institution malfaisante ». Cet article peut être considéré comme princeps dans ma démarche en tant qu'il est le premier dans lequel la référence non plus seulement à la psychothérapie institutionnelle, mais aussi à la psychodynamique des systèmes (*systems psychodynamics*), indique ma tentative d'extension du savoir acquis dans le champ institutionnel au champ organisationnel. Il a ainsi officialisé ma démarche de rapprochement conceptuel entre P.I. et psychodynamique des systèmes, à cheval entre deux langues, le français et l'anglais, et dans une interdisciplinarité psychologie/sociologie/sciences de gestion affirmée.

Comme nombre de mes travaux, cet écrit a tenté de donner du sens, dans l'après-coup, à des vécus de terrain restés impensés. La construction que j'y ai mise au jour – défaut

d'incarnation ressenti de la gouvernance, reconnaissance du pouvoir institutionnel mais sentiment d'abandon de la mère-institution et projection de l'immense agressivité ressentie amenant à la constitution d'une figure de « l'institution malfaisante » - n'a cessé depuis de se manifester dans les recherches que j'ai conduites, sous la forme d'une méfiance parfois à peine masquée pour « l'administration », « la direction », conçues comme des entités floues et amalgamant un ensemble de personnes mal identifiées. Petit à petit s'est donc imposée la nécessité de penser ce qui, méthodologiquement, avait pu m'amener à me déporter du côté des fantasmes institutionnels. Il m'est alors apparu que la fertilité de ma dérive tenait beaucoup à l'emploi de méthodologies ancrées dans les sciences humaines et sociales plutôt que dans un positionnement de clinicienne en institution. Un autre axe de mes recherches est ainsi né, tentant de cerner et décrire ce que le terrain faisait au psychologue qui s'y essayait, et d'argumenter la dimension heuristique de ces « ficelles » interdisciplinaires du métier de chercheur de terrain.

2. La quête de profondeur : travaux méthodologiques

La question méthodologique a fait, dès à partir de ma thèse, l'objet d'un intérêt tout particulier dans mes travaux. Issue d'un milieu de cliniciens qui ne questionnait que peu les liens entre épistémologie et méthodologies psychanalytiques et leurs cousines des sciences sociales, c'est dans la rencontre de l'épreuve que pouvait constituer le contact au réel de l'enquête que s'est précisée la nécessité d'une analyse permanente de mon positionnement en tant que chercheuse, prélude à la proposition, dans cette H.D.R., d'un certain *style d'enquête* clinique en son fondement.

Il faut dans un premier temps que je restitue le cheminement méthodologique qui a été le mien, passant de la méthode la plus canonique des sciences sociales – l'enquête de terrain

(Beaud & Weber, 2017) - à des formes moins strictement déterminées d'interactions entre chercheur et populations de recherche. L'enquête de terrain que j'ai conduite durant ma thèse cherchait à saisir des pratiques sur le vif (observations *in situ*), à connaître les représentations des enquêtés sur les ficelles des métiers soignants dans le champ de la santé mentale (entretiens semi-directifs), et à m'immerger dans les façons qu'avaient ces populations « indigènes » (je reprends ici un terme classique de la sociologie) de penser et d'afficher leurs façons de faire dans leurs documents internes. Cette première expérience de recherche ne m'a épargné aucune des difficultés bien repérées par les sciences sociales, aguerries à l'art de la diplomatie nécessaire à l'intégration de chercheurs dans des lieux où ils savent – et leurs populations de recherche aussi – qu'ils ne trouvent pas naturellement leur place :

- construction d'un sujet de thèse sur des prénotions et une « sociologie naïve » de mon objet, puisque je souhaitais au départ montrer la pertinence de la P.I. *par opposition* à l'idéologie dite « santémentaliste » (Bellahsen, 2014), dont il m'a bien fallu reconnaître qu'elle n'existait pas de façon homogène sur le terrain et ne pouvait par conséquent pas me servir de boussole scientifique ;

- biais scolastique (Bourdieu, 1993/2022), autrement dit biais du chercheur ne vivant pas les mêmes contraintes et limitations que ses populations de recherche, pensant que ses interviewés raisonnent comme lui et dans des termes similaires. Ce biais, lié à l'important travail autodidacte que j'avais fait dans mon mémoire de Master 2 Recherche pour comprendre la structuration administrative et politique du champ de la santé mentale, a rendu certains de mes premiers entretiens de thèse particulièrement malaisés, moi qui souhaitais entendre les professionnels parler de la différence qu'ils voyaient entre secteur sanitaire et secteur médicosocial et me confrontais mécaniquement à des silences indiquant que la question ne se posait pas ainsi dans leur quotidien ;

- maladroites diplomatiques du fait de lectures erronées des enjeux de terrain, notamment en début de thèse où un déjeuner passé avec l'équipe pluriprofessionnelle d'un SAMSAH en conflit avec sa direction amena de la part de la directrice un recadrage en tête à tête dans son bureau le jour de mon départ.

Plus encore, l'usage d'une méthodologie proprement sociologique m'a confrontée à un écart disciplinaire au départ insoluble : la triangulation méthodologique rendue possible par l'accumulation de données de types différents, véritable socle de la preuve dans les sciences que Jean-Claude Passeron qualifie de « sciences empiriques de l'interprétation » (2006), était loin d'être une évidence pour moi. En a découlé un déséquilibre visible dans ma thèse entre les données issues des entretiens, de mon journal de bord et des documents produits par les structures enquêtées, au clair profit des premières et de la possibilité qu'elles m'offraient d'investiguer la réalité psychique derrière les pratiques observées. Cet achoppement m'a amenée à conscientiser ce qui deviendrait plus tard un véritable problème de recherche, auquel ma proposition méthodologique tentera de répondre : enquêter en tant que psychologue use de « ficelles du métier » (Becker, 2010) différentes de celles du « métier de sociologue » (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1968). Celles-ci n'annulent pas le bénéfice d'un détour par les conceptions sociologiques au sujet du « terrain », mais nécessitent pour les psychistes d'en réfléchir l'appropriation et d'en proposer des adaptations cliniques.

Mes travaux méthodologiques ne me sont donc pas venus du fait d'un intérêt immédiat pour la façon dont la science se faisait. Il s'est bien plutôt agi d'une nécessité, vécue en première personne, d'avoir de quoi me raccrocher dans des projets de recherche où l'intranquillité choisie du chercheur semblait être à la fois le moteur de la création de connaissance, mais aussi une source de doute voire de souffrance. Rien dans les méthodologies que j'ai utilisées tout au long de mes travaux ne correspondait avec la façon dont ma formation de psychologue m'avait

habituée à procéder. J'ai mis des années avant de découvrir l'œuvre de John Dewey, notamment son ouvrage paru en français *La quête de certitude* (Dewey, 2014), où j'ai trouvé la formule qui résumait l'ensemble des efforts auxquels il avait été nécessaire que je me *plie*, car « l'enquête se plie aux exigences de son objet ». On peut ici y entendre, sans pourtant que Dewey ait connu le travail de Lacan, l'idée lacanienne d'une rencontre avec le Réel qui inévitablement castre le chercheur qui s'y frotte : « c'est là seulement le réel ; quand on se cogne, le réel, c'est l'impossible à pénétrer » (Lacan, 1975). Le Réel n'est ici pas à entendre comme la réalité des pratiques (réalité par ailleurs toujours socialement construite), mais bien en rapport avec l'innommable qui traverse le chercheur sur le terrain, parfois fortement porteur d'angoisse pour lui. Se plier aux exigences de l'objet ne serait alors qu'une autre formulation de la thèse fondamentale de Devereux : l'angoisse est un outil de travail du chercheur, une composante essentielle de sa méthodologie de recherche (Devereux, 1980/2012). En témoignent deux extraits de mon journal de bord à Clermont-Ferrand, respectivement datés des 7 et 14 mai 2018, mais qui se répondent :

« [le 7 mai 2018] Globalement en venant, j'ai été prise par une grande angoisse. Angoisse de ne pas y arriver, angoisse de ne pas réellement travailler... [...] Les participants [d'un groupe de travail] n'étaient pas contents, en tout cas semblaient voir un grand hiatus entre ce qu'ils avaient dit et ce que j'avais écrit. Ce qui nécessite de re-préciser l'utilité des groupes de travail, re-préciser à tous en fait que ce qu'ils me donnent comme matériel ne peut pas nécessairement figurer tel quel dans le projet social, qu'il y a une problématique énorme de traduction des intentions... C'est un processus de traduction entre le matériel récolté et le document institutionnel, qui équivaut à un processus de traduction de la clinique à l'administration. Il y a tout un vocabulaire qui ne peut pas être dit comme ça...

[suite, datée du 14 mai 2018] Je crois que moi aussi à un moment j'ai perdu le sens de ce que je faisais. Peut-on dire que j'ai vécu, que j'ai traversé ce que les personnels vivent ? Ce sentiment de regarder dans un ciel gris et de ne voir que de l'impuissance. Mon travail au quotidien me rassure car j'ai la maîtrise sur ce que je fais, mais l'impuissance n'est jamais loin. J'ai l'impression en écrivant que les mots m'échappent, et que les sentiments qui me traversent deviennent fades. Il y a eu, sans aucun doute, un avant-après ce week-end. Mais peut-être est-ce lié au fait de savoir que j'entre dans la période où ma plongée s'arrête, et où je reviens à la surface prendre de l'oxygène. 7 mois que je suis là, encore 4 mois à faire. J'ai passé le plus dur en termes de rencontre des personnels, et je me sens prête pour l'écriture. »

Si l'aspect ascétique voire expiatoire de ma façon de concevoir la méthode nécessiterait de nombreux commentaires – que dire du masochisme du chercheur cherchant le vacillement au nom de sa pulsion épistémophilique ? -, ce dont je me suis approchée avec cette recherche-action clermontoise me paraît avoir des conséquences scientifiques essentielles dans le champ qui a accueilli mes travaux, à savoir celui de la clinique institutionnelle. La modélisation méthodologique que je proposerai ci-dessous ne tiendra donc pas à la circonscription de méthodes qualitatives bien définies et prêtes à l'emploi, mais à l'étude du positionnement du chercheur comme façon de naviguer entre enquête de terrain et recherche-action, au gré des événements du réseau institutionnel avec lesquels la recherche doit composer.

Le chercheur clinicien institutionnaliste ne peut pas, en effet, à la fois soutenir un intérêt pour les phénomènes institutionnels et ne conserver d'eux que leur part verbalisable en entretiens semi-directifs. Vouloir étudier les pratiques, comme je l'ai proposé dans ma thèse (avec des failles cependant, puisque les extraits d'entretien étaient bien plus nombreux que les comptes-rendus de pratiques), nécessitait de se rendre sur le terrain. Or le rapport du chercheur au lieu où il trouve sa « clinique » n'est qu'à moitié pensé en psychologie clinique : on produit des thèses et des articles à partir d'un matériel souvent tiré d'une pratique psychothérapeutique, en tirant de la légitimité de cette pratique directe avec « les patients » le droit de s'en exprimer scientifiquement dans un manuscrit ; le cas échéant, on bénéficie d'un financement mais l'on se rattache tout de même à un service où l'on ira régulièrement exercer, en constatant certes que cette double appartenance (à la clinique et au champ universitaire) interroge ses collègues, tout en pouvant continuer à se prévaloir de « la clinique ». Mais étonnamment, parce que le terrain clinique est presque invariablement confondu avec notre terrain de pratique, c'est bien plus aux sciences sociales qu'à la psychologie que nous devons d'avoir continué à penser un *rapport* clinique, tant dans le recueil de données que dans leur analyse, à des terrains dans lesquels le chercheur n'exerce pas directement mais s'immerge au long cours (Hennequin,

2012; Jamouille, 2004; Paillé, 2011), sans mission de conseil ou d'expertise.

Caché derrière des appartenances disciplinaires et donc identitaires (« me situera-t-on encore comme psychologue si mes méthodes ne sont pas intégralement celles de la psychologie ? », me suis-je souvent demandé), le rapport au « terrain » reste difficilement pensable en psychologie, même lorsqu'il est explicitement discuté. Chaque discipline a ses marronniers du travail *avec* le terrain, *sur* le terrain ou *pour* le terrain, avec la nécessité d'en passer par cet exercice classique en sciences humaines et sociales de l'explicitation du « positionnement » du chercheur (ou du « contre-transfert » chez les cliniciens), façon de laisser savoir aux lecteurs que l'auteur a conscience de produire du savoir situé. Au fond, les psychologues parlent très peu de « terrain », sauf lorsqu'ils s'extirpent de leur contexte habituel, par exemple pour des recherches internationales (on en trouve des traces dans les travaux de doctorants du Psy-DREPI, voir par exemple Landbeck & Laurent, 2023). Loin d'être une critique, ce constat est en réalité inévitable : les psychologues jouent souvent « à domicile » lorsqu'ils engagent des recherches sur les patients qu'ils soignent, ou dont ils se préoccupent. L'objet de recherche qu'est la vie psychique, aussi malmené soit-il dans des services de santé ou de santé mentale, n'en est pas moins un objet aujourd'hui globalement légitime dans les structures se préoccupant de soin et d'accompagnement des patients. Ainsi les psychologues étudiant ces milieux connaissent-ils peu ce dont parle la recherche en sociologie lorsqu'elle disserte des expériences d'étrangeté sociale du chercheur par rapport à son terrain.

Ceci ne me paraît pas tant constituer un problème pour la pensée *clinique*, au sens où les psychologues cliniciens savent produire des analyses très fines des relations transféro-contre-transférentielles dans lesquelles ils sont pris, mais pour la pensée de *recherche* : objectiver le lieu de rencontre de la clinique, qu'elle soit individuelle, groupale ou institutionnelle, comme un « terrain » - ce qui implique nécessairement, me semble-t-il, un

détour par les sciences sociales -, c'est au fond retrouver le sens de la formule de Claude Revault d'Allonnes nous signalant que « plus on va vers le subjectif, plus on retrouve le social » (Revault d'Allonnes, 1989) et en prendre acte, sans réticences disciplinaires quant à ce qui serait de « la psychologie » et ce qui n'en serait pas. Autrement dit, c'est accepter ce que la sociologie bourdieusienne nous amène de radical et de dérangeant au sujet de la réflexivité scientifique (Bourdieu, 1993/2022) et assumer cette référence sociologique complémentaire à la psychanalyse afin de pouvoir affirmer que le lieu de pratique conçu comme « terrain » a bien été regardé sous plusieurs angles, dont celui qui nous situe en tant qu'acteurs d'un jeu social déterminé par des régularités dont nous sommes à la fois les produits et les éternels constructeurs :

« Adopter le point de vue de la réflexivité, ce n'est pas renoncer à l'objectivité ; c'est travailler à rendre compte du « sujet » empirique dans les termes mêmes de l'objectivité construite par le sujet scientifique – notamment en le situant en un lieu déterminé de l'espace-temps social – et, par là, se donner la conscience et la maîtrise (possible) des contraintes qui peuvent s'exercer sur le sujet scientifique à travers tous les liens qui l'attachent au sujet empirique, à ses intérêts, à ses pulsions, à ses présupposés – liens qu'il doit rompre pour se constituer pleinement » (p. 58).

Avoir perdu le sentiment d'évidence de ma présence dans le milieu de la santé au cours de ma recherche-action à Clermont-Ferrand (qui correspond à mon sens à la rupture des liens dont parle ci-dessus Bourdieu) a constitué pour moi un événement scientifique marquant, qui a conféré d'autant plus de valeur à mes détours par la sociologie pour mieux comprendre le domaine du subjectif et du singulier. User, en tant que psychologue, des invitations

sociologiques à la réflexivité me paraît fructueux pour la discussion scientifique, afin précisément que cette part du chercheur qui est irrémédiablement modifiée par la rencontre avec un terrain où il rentre et qu'il peut quitter ne reste pas dans l'ombre d'une tradition psychologique dans laquelle le chercheur-psychologue n'est pas étranger à son terrain – alors que les sciences sociales (Martin, 2021; Pouchelle, 2010), elles, se saisissent à plein de cette étrangeté radicale et des conséquences pour les chercheurs et la recherche elle-même de telles expériences de terrain.

Même si j'ai pu discuter de mes difficultés à rester dans un tel rapport au « terrain » plutôt qu'à la « clinique » lorsque je visitais des unités psychiatriques avec lesquelles j'avais de nombreuses affinités (Haliday, 2021a), il a donc fallu que je sorte de mon dispositif de thèse et me lance dans d'autres projets pour véritablement vivre la nécessité de la méthode, et le défi que tout accord sur les « manières de faire » (de Certeau, 2010) de la recherche représente dès lors que la recherche en question est exploratoire, interdisciplinaire et se déroule en terre inconnue. Ainsi ai-je tenté de m'extirper de la tension liée à l'assomption de plusieurs identités en écrivant mon premier texte méthodologique à partir non de ma thèse, mais de mon expérience de psychologue-chargée de mission-chercheuse au CHU de Clermont-Ferrand. Cette publication s'est imposée comme une clé de voûte de ma réflexion méthodologique : débutée à partir d'un chapitre d'ouvrage tiré d'un colloque (Haliday in Ballon et al., 2019), je l'ai dans un second temps transformée pour la donner à lire à mes pairs (Haliday, 2020), avec un titre évocateur : « Rester clinicienne dans une administration ». Il s'agissait à l'époque de tenter de rendre compte des effets à la fois créateurs et angoissants d'une indétermination de la nature de ma présence, malgré une commande claire quant au travail à produire : un rapport et des préconisations pour la réécriture du projet social de ce Centre Hospitalo-Universitaire. Pour la première fois, c'était dans ma propre pratique que prenait sens la « gymnastique quotidienne » dont parlait Oury entre statut, fonction et rôle (Oury, 2008), réflexion que j'avais

d’ailleurs tenté de restituer au DRH lorsqu’il m’avait demandé – question hautement sensible – comment je me positionnais vis-à-vis de lui dans l’hôpital.

Embauchée dans ce lieu avec un statut vague, je me heurtais en effet, contrairement aux dispositifs dont certains de mes collègues cliniciens pouvaient faire état dans leurs productions scientifiques, à une situation de difficile légitimation de ma place : accueillie dans un environnement professionnel sans avoir été formée à la clinique ou à la psychopathologie du travail, éloignée d’une clinique directe mais utilisant mon métier de psychologue comme une étiquette à même de me faire accueillir dans des services soignants pourtant méfiants, mise en position de conseillère de la DRH sans véritablement savoir ce qu’était une activité de consultante, j’ai eu à choisir le corpus disciplinaire qui allait m’aider à surmonter le vacillement narcissique produit par cette rencontre du troisième type avec le terrain (ni purement recherche, ni psychothérapeutique, qui plus est à mi-temps, avec un pied dans la structure et un pied à l’Université en parallèle). Me raccrocher à des corpus méthodologiques traitant des interactions entre recherche et action sur le terrain m’a modifiée en profondeur, tout comme a été particulièrement forte pour moi cette expérience difficile à classer et dont je n’ai pu restituer que des bribes scientifiques, sans arriver à aborder des formes de contact intuitives - dont je sais aujourd’hui qu’elles sont discutées en sciences de gestion (Kump, 2022) en plus de l’avoir été en psychanalyse (Bion, 1970/1984) - avec la mélancolie hospitalière de l’époque¹⁸. Pour qui y est sensible, le chercheur ne vit donc pas seulement des modifications internes liées à ses rencontres avec ses enquêtés, ses informateurs, ses patients, mais en rapport aussi avec le *milieu* dans lequel il s’immerge. Le travail auquel cette recherche-action a donné lieu m’a ainsi apporté

¹⁸ Afin de donner à lire ma réflexion brute, j’ai inséré en annexe la section méthodologique du rapport rendu à la Direction Générale du CHU à mon départ en septembre 2019 (Annexe 1). Je n’ai volontairement pas retravaillé cette section avant insertion dans le manuscrit afin que mes lecteurs puissent rencontrer la chercheuse que j’étais et sa façon de concevoir ce qui avait été fait dans cet établissement. Si certaines de mes publications se sont basées sur mon expérience clermontoise, je n’y ai jamais restitué l’ensemble des péripéties que je retraçais dans mon rapport.

de nombreuses clés que je mettrai au travail dans le projet de cette H.D.R. Il s'est en effet agi :

- de concevoir des dispositifs dans lesquels le chercheur accepte de lâcher la bride et de coconstruire la connaissance et la démarche avec les acteurs de terrain – sorte de prolongement, facile à théoriser et dire mais douloureux à mettre en place, de l'idée d'un savoir toujours détenu par le sujet lui-même et non par le clinicien, nécessitant pour le chercheur de confronter ses propres hypothèses explicatives à celles de ses interviewés sans préjuger du fait que les secondes ne soient que de la sociologie naïve que la méthode scientifique permettrait à coup sûr d'éviter,

- de pousser aussi loin que possible cette « gymnastique quotidienne » entre statut, rôle et fonction, voire en « programmant le hasard » (Oury, 2000) à l'intérieur même du dispositif de recherche, ce qui nécessite pour le chercheur d'accepter une extrême malléabilité de ses limites afin de supporter l'intensité des projections faites sur lui. J'ai pu témoigner de ces situations, souvent groupales et chargées d'agressivité, telles qu'elles sont arrivées dans ma recherche-action en CHU lorsque des professionnels de terrain ont considéré les documents préparatoires que je leur avais rendus comme la preuve que l'institution ne les avait pas entendus (Haliday, 2022),

- et d'utiliser, dans des contextes non-cliniques, des modalités de facilitation des entretiens, notamment groupaux, éminemment cliniques en leur fondement (dont j'ai par exemple pu rendre compte dans Haliday & Schepens, 2023).

L'articulation entre recherche et clinique a été permanente dans ce travail de recherche-action, en ce que mener cette démarche m'a permis de pleinement expérimenter (*expérience*) le fait que recherche et clinique font intervenir des mécanismes de pensée communs, et qu'il faut ainsi en reconnaître les similitudes, voire savoir se défaire temporairement de la distinction

entre les deux pour remettre la dimension expérientielle du travail du chercheur au cœur de sa façon de produire les connaissances. La distinction entre recherche et pratique clinique peut en effet être rattachée à une autre distinction de longue date opérée par les philosophes entre le champ de la pensée et le champ pratique, et tenant la pratique pour toujours moins pure que le monde des concepts et des idées. Une psychologie de terrain à la fois inspirée par l'ethnographie et le pragmatisme ne peut exister dans ce cadre restrictif ; il faut bien plutôt considérer la psychologie comme étant d'emblée, du fait de son paradigme prescriptif, une discipline fortement connectée à la recherche-action (Reason & Riley, 2008).

Travailler en tant que psychologue *sur le terrain* du soin ou de l'hôpital implique ainsi de se poser par rapport à lui dans un rapport d'inquiétante étrangeté et d'accepter une forme d'errance identitaire (Schwering, 2014) : il est à la fois le plus connu, et à la fois – dans l'usage que nous en faisons pour la recherche – le plus inconnu et le plus mystérieux, car nous devons nous affranchir de nos identifications préalables (de celles qui renforcent chez nous les prénotions et idéologies naïves) pour y substituer des identifications de travail, destinées à nous aider à percevoir le monde enquêté *à la manière* de nos interviewés, et sans pour autant se laisser prendre par l'illusion de posséder le même savoir qu'eux. L'usage du terrain est ici particulier, en tant que ce qui est cherché est en permanence l'invisible même dans l'observation, le non-dit dans les entretiens. Dans notre article méthodologique à ce sujet (Haliday & Demailly, 2021), Lise Demailly et moi-même avons tenté de récapituler les points de tension dans la collaboration interdisciplinaire psychologie/sociologie : la position vis-à-vis du terrain, la prégnance de l'écoute ou de l'observation, la volonté prescriptive ou descriptive, et enfin la possibilité d'utiliser l'interprétation pour approfondir le recueil de données en allant non seulement du côté du matériel brut mais aussi de son sens, quitte à en discuter à l'intérieur de l'entretien lui-même. Au-delà du souhait de faire état des « ficelles du métier » (Hughes, 1996), ce travail réflexif d'après-coup de nos collaborations de recherche sur la psychiatrie

laissait apparaître de mon côté une quête de profondeur archéologique, à la façon dont Freud concevait dans un premier temps l'analyse, mais aussi d'une profondeur que l'on n'atteint qu'à condition de s'y cogner, marquant ainsi le chercheur par le registre du sentir plus encore que par le verbe. Circonscrire cette démarche sous le terme de « quête de profondeur » dit à la fois le but de ces pratiques, et ma prudence vis-à-vis d'elles : impossible en effet de ne pas penser à la nouvelle de Patrick Süskind décrivant la plongée sans filet d'une dessinatrice rongée par l'« exigence de profondeur » (1997). La métaphore archéologique freudienne en vertu de laquelle certains contenus pourraient être labellisés comme « plus profonds » que d'autres fait cependant inévitablement appel à l'intuition du chercheur. Si percevoir une *Gestalt* de ses données permet, ainsi que le formulait Kump (2022), d'avoir accès de façon plus directe à un sens qui n'a pas attendu l'accumulation d'éléments rationnels pour se donner à sentir comme forme, le fantasme de la profondeur du savoir n'en reste pas moins un élément imaginaire que la recherche doit traiter comme tel.

Au global, tant la pensée abductive telle que formalisée par C. S. Peirce, qui fait démarrer le raisonnement scientifique par la création d'hypothèses nouvelles au sujet de phénomènes surprenants, que l'élaboration itérative de cette pensée (Morgan & Nica, 2020) en tant qu'elle est en permanence mise au travail avec les interviewés eux-mêmes, dans une chronologie de la recherche qui ne permet plus de différencier strictement phase de recueil et phase d'analyse, ou que l'usage de l'interprétation dans les entretiens qui lorsqu'elle va au-delà de la reformulation contrevient à toutes les consignes sur l'évitement des biais générés par le chercheur, me permettent de penser que dans le cas de mon travail, recherche et clinique sont deux faces d'un style particulier d'enquête. Elles y sont encore plus fortement liées que dans les typologies admises de leurs relations (Fernandez & Pedinielli, 2006) : chercher revient à aller *au plus près*, et se rendre au plus près de l'autre *est* d'emblée une démarche de recherche.

On pourrait également y ajouter, par le truchement de « l'apprentissage par l'expérience »¹⁹ (Bion, 1962/2003), la dimension formative : quelle différence y aurait-il, en dernière analyse, entre des groupes de « co-développement » (Payette & Champagne, 2005) menés à des fins de recherche à l'EHESP en utilisant mes compétences cliniques pour en transmettre quelque chose aux élèves-DH²⁰, un focus group de plusieurs séances que j'ai animé en usant de l'interprétation pour faire avancer la pensée groupale (c'est-à-dire le former, lui proposer une autre forme), et des réflexions nées d'un dispositif expérimental de supervision en groupe dans la formation de médecins en externat ? De la même façon que l'abduction, l'induction et l'hypothético-dédution ne seraient que trois temps de la pensée logique et scientifique, la recherche, la clinique et la formation seraient elles aussi indissociables, si l'on considère la formation comme désignant une dynamique de transmission plutôt que d'enseignement. Il ne serait par conséquent pas pertinent théoriquement de se demander au nom de quelle identité nous pratiquons, puisque tout dispositif excèderait nécessairement, dans sa mise en œuvre, le registre auquel sa création a été assignée. Peut-on faire de la recherche de terrain sans que celle-ci soit clinique ? Peut-on considérer que l'on ne transmet rien de soi lorsque l'on conçoit des dispositifs cliniques, ou à visée de recherche ? Et toute démarche de véritable formation ne comprend-elle pas dès le départ une transmission d'un certain positionnement réflexif, donc de mise en recherche de soi ?

Ainsi, si mes travaux se sont d'abord tournés vers l'enquête de terrain en questionnant jusqu'où la psychologue que j'étais pouvait partager ce dispositif avec les chercheurs des

¹⁹ Lorsque je ferai référence à cette expression de Bion dans mon manuscrit, ce sera au sens de cette citation : « toute expérience peut servir de « modèle » pour une expérience encore à venir. [...] La personnalité abstrait de l'expérience les éléments susceptibles de se répéter et forme à partir de ces éléments le modèle qui retiendra quelque chose de l'expérience originelle, mais avec suffisamment de flexibilité pour lui permettre de s'adapter à des expériences nouvelles mais similaires », autrement dit au sens de la possibilité de transférer de façon souple les fondements de ce qui a été appris dans d'autres contextes et situations.

²⁰ Recherche-action-formation que j'ai pu conduire de façon très expérimentale grâce à l'obtention d'une Bourse Qualité Recherche (CARE-DH) destinée à renforcer mon réseau avec cette école, dont le concours a du reste été essentiel à ce que je puisse venir. Plus encore qu'à l'EHESP elle-même, je remercie tout particulièrement Paola Cristofalo de m'avoir aidée à m'introduire dans ce milieu difficile d'accès.

sciences sociales à qui je l'avais emprunté, ils ont progressivement pris le tournant de la coopération et de la proximité avec les interviewés induite par les dispositifs de recherche-action. Au fur et à mesure de mes expériences de recherche, cette perspective extérieure sur la clinique institutionnelle et groupale (comme objet d'étude pour l'une et outil de recueil pour l'autre) s'est transformée en une perspective de l'intérieur, permise par l'animation de groupes de supervision notamment avec des étudiants en médecine, au sujet desquels j'ai proposé plusieurs communications en colloque. La démarche en a toujours été la même : cerner ce que l'utilisation de modalités de recherche particulièrement immersives permettrait (si l'on considère la situation groupale comme plus immersive que celle de l'entretien individuel, et celle du terrain institutionnel comme plus immersive encore, à partir du degré de complexité et d'intrication de paramètres sur lesquels le chercheur n'a pas de contrôle), et jusqu'où il était possible d'aller avec elles.

Mes articles ont donc à la fois tenté de verbaliser l'étrangeté du vécu du chercheur lorsque celui-ci mène des recherches exploratoires ou organise des dispositifs immersifs expérimentaux, sans toutefois parvenir à nommer *ce* qui le saisit dans l'expérience, ou comment ensuite faire avec afin de faire science et non simplement récit. Mon récent article sur les groupes de supervision expérimentaux en médecine a témoigné de cette question : interrogeant l'intensité du vécu des groupes, mais aussi du mien, face au récit de certains externes, j'ai tenté de revenir à une philosophie de l'expérience vécue pré-identificatoire, en postulant que ce qui permettait de s'identifier au protagoniste rapportant sa situation au groupe était une forme d'expérience de l'expérience d'autrui (Haliday, 2024a). Cette formulation a été la cristallisation des réflexions méthodologiques que je présenterai dans mon projet, en tant qu'elle nomme une manière de faire qui, à mon sens, permet d'éviter les écueils propres à deux figures classiques du monde des organisations : le théoricien et le consultant. Un dernier courant de mes travaux, plus récent, doit toutefois être abordé pour que le programme de recherche que je présenterai

dans la deuxième partie de ce manuscrit prenne toute sa cohérence.

3. Tournant dans l'objet d'intérêt : du soin organisé à l'organisation elle-même, et ceux qui organisent

C'est par un flux de recherches au départ parallèle qu'est née la question d'une possible psychothérapie institutionnelle en extension dont témoigne cet écrit. Mes travaux les moins « psychologiques » et les plus interdisciplinaires ont en effet commencé, j'ai eu l'occasion de le mentionner plus haut, grâce à la rédaction au cours de ma thèse d'une revue de littérature sur la qualité de vie au travail à l'hôpital, sans lien directement apparent avec mon doctorat. Cette rédaction sur commande pour la Fédération Hospitalière de France m'a ouverte à d'autres sous-disciplines de la psychologie (psychologie du travail, ergonomie), ainsi qu'aux sciences du management et de la gestion. A partir de ce chemin de traverse, j'ai progressivement pu affirmer ce que ma thèse tentait de dire sans avoir toutes les références pour le faire : la psychothérapie institutionnelle n'est pas qu'un pur produit de la psychiatrie. Elle est un courant avant-gardiste quant à l'organisation collective et le management des Hommes, dont les trouvailles peuvent donc être transférables à d'autres milieux, soignants ou non. La population sur laquelle mes travaux se sont toutefois concentrés reste, depuis plusieurs années, celle des directeurs d'hôpital. Les recherches que j'ai menées sur eux et avec eux²¹ ont ainsi pris les visages de la sociologie d'une profession, de l'étude de la vie psychique de ceux par qui se produit la « gouvernance » hospitalière, puis d'une exploration de la pratique de gouvernance en tant que telle. Cela a nécessité de revenir, encore une fois, sur ce que l'ombrelle « clinique » pouvait

²¹ La succession des financements ayant permis ces travaux peut être retrouvée dans le tableau présenté en introduction.

encore abriter de plus que la clinique directe avec les patients, la recherche dite clinique et la clinique institutionnelle.

Encart : les directeurs d'hôpital en France

Les directeurs d'hôpital (DH) sont un corps de hauts-fonctionnaires appartenant à la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Ce corps, aujourd'hui sensiblement paritaire femmes/hommes dans son recrutement, est formé à l'EHESP durant 24 mois après obtention d'un concours (celui-ci comprend trois voies : externe, interne – lorsque le candidat appartient déjà à la fonction publique – et de « tour extérieur », pour des candidats à profils spécifiques). La formation intègre un stage court, parfois dit « ouvrier », destiné à connaître les métiers de l'hôpital, un stage dit « extérieur » visant à connaître d'autres administrations, et un stage long, en responsabilité en tant qu'élève-directeur dans un comité de direction. Les DH sont environ 2/3 à être adjoints, et 1/3 sont chefs d'établissements publics de santé (ou de santé mentale). Ces chefs d'établissement répondent directement aux directeurs des ARS. Leur autonomie dans leur établissement est importante, quoique modulée par la nécessité d'appliquer les directives ministérielles transmises par les ARS, et par la situation de concurrence entre établissements pour les fonds liés aux appels à projets ou à la répartition des ressources humaines sur leur territoire. Cette autonomie et la fonction de représentation de l'établissement va pour ces fonctionnaires de pair avec des responsabilités conséquentes, notamment en matière pénale (s'agissant de la gestion budgétaire de leurs établissements par exemple).

En effet, en m'intéressant aux professionnels du soin, à la structuration de la profession de psychologue (André & Haliday, 2021, 2022) puis aux professions managériales dans le champ de la santé (Haliday & Gabarrot, 2024), j'ai été progressivement convaincue (et cela n'est pas sans lien avec la distinction statut/rôle/fonction chère à la P.I.) que la « clinique » n'était pas une propriété épistémologique de la psychologie, mais d'abord un positionnement vis-à-vis d'autrui dans le registre du sentir. Si ce pas peut paraître évident du côté de la recherche, notamment en sociologie ou en anthropologie, il l'est moins dans la pratique, où la connexion à la « clinique » est un objet bien gardé du côté des professions soignantes. Pourtant, à entendre pleinement le terme de clinique institutionnelle, à voir travailler les soignants devenus managers, et à rencontrer certains managers pourvus d'un sens clinique (au sens d'une capacité à sentir ce qui se passe dans les systèmes humains et dans les interactions interindividuelles), il devient nécessaire de penser un rapprochement entre psychologie et management du côté même de la clinique et du registre pathique. Une partie importante de mes dernières communications et articles soumis porte sur ces questions, amorçant la thématique de l'H.D.R. et cristallisant la cohérence de mes travaux antérieurs.

Ensuite, alors que la P.I. proposait de distinguer établissement et institution (le premier, ensemble fixe et rigide de réglementation, de budgets, de murs concrets et d'éléments hiérarchiques, accueillant en son sein une vie institutionnelle, conçue comme le produit d'un réseau d'échanges interhumains, à l'intérieur duquel circulent moult objets matériels comme symboliques), force est de constater qu'elle ne pensait pas les phénomènes qui étaient au centre de son intérêt comme des phénomènes « organisationnels ». Le terme est peu présent chez les auteurs de ce courant, alors même que la P.I. n'a pas fait autre chose que d'organiser des activités humaines à partir de l'idée qu'il fallait « soigner l'institution pour soigner les malades », autrement dit – et c'est une formule que j'ai défendue depuis ma thèse - que l'organisation primait sur la technique soignante. L'étymologie du verbe « organiser » fait apparaître tout ce que proposait la psychothérapie institutionnelle, à savoir la combinaison d'un certain nombre d'éléments grâce à une méthode, reposant sur des principes de combinaison destinés - aussi paradoxal que cela puisse paraître -, à « programmer le hasard ». Ce que la psychothérapie institutionnelle n'a peut-être pas eu le temps de formaliser au moment de sa naissance, et ce qu'elle ne voit toujours que peu aujourd'hui, c'est qu'elle est à proprement parler une théorie et une pratique alternatives de l'organisation des soins en psychiatrie, et plus encore : qu'elle a posé des bases pouvant servir à *toute théorie et pratique de l'organisation de collectifs humains en vue d'une tâche primaire donnée*. La psychothérapie institutionnelle distinguait certes établissement et institution, mais n'a jamais explicité que leur aire de rencontre, véritable espace potentiel (au sens de Winnicott, 1975) où des éléments de la vie institutionnelle peuvent être formalisés et s'établir, et où des éléments de l'établissement infiltrent la vie institutionnelle et y prennent une signification qui dépasse leur matérialité concrète ou leur sens premier, était le champ propre de l'organisation. Poursuivre le travail de la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui implique bien évidemment de continuer à créer sans cesse des lieux inspirés par ses intuitions, mais aussi – et cela a été bien moins fait, voire

pas du tout – de tenter l’aventure de penser à partir d’elle même dans des lieux qui ne sont pas historiquement les siens, auprès de populations ni soignées ni soignantes mais en situation de *gouvernance*.

S’intéresser à la gouvernance comme objet a transité par l’intérêt, toujours fort dans mes recherches, pour les professionnels en fonction de direction. Celui-ci est venu durant la crise de la COVID-19, à partir d’échos que je recevais dans ma vie personnelle de connaissances qui, travaillant dans les hôpitaux publics en places de directeurs adjoints ou de chefs d’établissements, vivaient une réalité quotidienne à côté de laquelle journalistes et chercheurs semblaient passer. Saisie par la faible quantité de travaux portant sur les directeurs d’hôpital (à l’exception notable de Schweyer, 2001, 2005, 2006, 2018), et sans connaissance des quelques articles portant sur l’analyse de leur activité (Lauade & Chauvigné, 2010; Tourmen & Mayen, 2007), je me suis laissée porter par un étonnement, qui était aussi une indignation : alors que le monde hospitalier était guidé par l’idée de « prendre soin de ceux qui nous soignent », pourquoi les directeurs d’hôpital étaient-ils exclus de cette sollicitude, et comment vivaient-ils leur métier ? Le questionnement de recherche qui en a découlé provenait d’un savoir de terrain : rien ne bouge réellement, à l’hôpital, sans que le chef d’établissement ne le permette. Etudier la psychothérapie institutionnelle avait à ce titre été instructif : tous les psychiatres qui faisaient état de leurs expérimentations étaient en position de responsabilité. Certes, ils ne les discutaient que rarement, mais ils n’en transmettaient pas moins l’idée, par leurs écrits, que s’ils n’étaient plus « les seuls maîtres après Dieu » (Ayme, 2009) grâce aux pouvoirs des collectifs qu’ils avaient contribué à créer, ils avaient été les instigateurs des expériences racontées en ce qu’ils avaient opéré, en amont, un mouvement de recul et de délaissement essentiel du tout-pouvoir médical.

Les directeurs d’hôpital, en tant que catégorie professionnelle, représentaient ainsi fantasmatiquement à mes yeux le savoir et le pouvoir organisationnel. Enquêter auprès d’eux

était un préalable à toute enquête sur la gouvernance hospitalière... Mais mon étude, devenue depuis longitudinale, a laissé place à bien plus d'étonnements de recherche que de certitudes à leur sujet – et donc au sujet de la fonction de direction, surtout dans un contexte aussi contraint qu'à l'hôpital public. En travaillant avec Florent Schepens, sociologue des professions spécialisé dans le monde de la santé, le constat s'est imposé que ces « dominants » de la fonction publique agissaient en réalité comme des dominés ; qu'ils n'étaient donc qu'apparemment dominants du fait de leur statut, alors qu'une étude plus fine de leurs contraintes et latitudes de fonctionnement laissait apparaître une autonomie ressentie comme réduite, un ethos sacerdotal et des conflits éthiques. M'inscrivant dans la lignée des épistémologies non-poppériennes circonscrites par Passeron (2006) et de leur usage de la langue indigène pour désigner, au plus proche du réel, les phénomènes rencontrés sur le terrain, j'ai proposé l'idée d'une organisation des directions hospitalières en « silos affectifs » (Haliday, 2024b). La constatation de l'impossibilité pour les directeurs de partager leurs émotions et leurs difficultés m'a permis de penser que les silos organisationnels dans lesquels ils étaient plongés dès le début de leur carrière tendaient à se répercuter sur la structure émotionnelle des équipes elles-mêmes – cela renforcé par un habitus de haut-fonctionnaire reléguant ses affects à l'arrière-plan au nom de la nécessaire impartialité des décisions à prendre.

Ainsi, la solitude affective dont ils faisaient état, poignante dans son expression – beaucoup m'ont dit avoir sincèrement apprécié la marque d'intérêt que constituaient mes investigations -, face à laquelle ils ne semblaient disposer que de peu de mécanismes de défense corporatistes, les condamnait en l'absence de véritables collectifs à des tentatives de régulation individualisant leur souffrance (psychologue du travail, coach, méditation, course, yoga, sophrologie) alors même que l'incertitude avec laquelle ils avaient affaire était essentiellement systémique (Haliday, 2025, à paraître). Coup de canif ultime dans la représentation canonique de tout professionnel incarnant le nouveau management public : les affects des directeurs

d'hôpital étaient tout aussi coincés que leurs tâches dans des silos qu'il fallait questionner et – là se trouve l'aspect prescriptif de la recherche en psychologie - mettre au travail. Cette mise au travail a tout particulièrement pu se faire au cours de séances de *focus groups* exploratoires dont j'ai tenté dans de multiples communications et articles de rendre compte, ainsi que dans des séances, là aussi exploratoires, de co-développement mené en partenariat avec l'EHESP auprès d'élèves-directeurs d'hôpital de première et deuxième année. La promesse faite à l'EHESP de ne rien publier sur cette expérience ne m'a pas empêchée d'entendre dans ces groupes une construction professionnelle défensive, potentiellement traumatogène, au cours de laquelle les élèves subissaient – à l'instar des médecins – des pratiques d'encadrement de tuteurs parfois délétères, l'agressivité des professionnels hospitaliers les recevant en « stage de découverte » lorsqu'ils apprenaient leur futur métier, et l'édification rapide de défenses rigides destinées à préserver leur narcissisme et les épargner de la honte, de la culpabilité et de l'ambivalence propres à leur corps professionnel²².

Ces groupes exploratoires ont dû s'arrêter, mais m'ont laissée avec des questions phénoménologiques, psychologiques et sociologiques : dans quel « monde » subjectif vivent les directeurs d'hôpital ? Quelles figures fantasmatiques les habitent dès lors qu'ils s'identifient à leur statut ? Quelles stratégies adoptent-ils pour se négocier une place moins stigmatisée dans des établissements qui les assimilent à une « administration » floue et sans utilité ? Quel but le chercheur en psychologie peut-il voir à l'étude de cette catégorie professionnelle, apparemment si éloignée de la clinique ? La réponse est fondamentalement politique : d'une part, parce qu'il en va d'une certaine conception de la gouvernance, qui peut s'étudier par la porte psychologique de ceux et celles qui occupent des positions de direction. D'autre part, parce qu'il n'est pas si

²² Je négocie actuellement la possibilité de revenir faire du terrain à l'EHESP, pour conduire des entretiens avec ces élèves au sujet de tous les implicites de leur formation, notamment en stage. La dimension sensible de la formation des hauts-fonctionnaires rallonge ce travail de négociation, malgré des signes de plus en plus clairs de curiosité voire de prise de conscience de la répétition dans laquelle formés et formateurs risquent de s'enfermer si les éléments émotionnels de la professionnalisation ne sont pas analysés.

certain que les directeurs n'aient rien à voir avec la clinique : si « clinique » désigne d'abord une position « au plus près », « au chevet » de l'autre, ne peut-on pas penser la possibilité que les directeurs soient effectivement « au plus près » d'un objet particulier - l'organisation - fût-ce de façon éventuellement défensive ?

Commençons avec la question politique, puisque ce terme génère encore aujourd'hui tant de malentendus qui donnent une prise à mon sens bien trop forte à l'idéologie, cachant le but militant de certaines recherches derrière une apparente connaissance de ce qui serait la vérité intégrale du Nouveau Management Public. Après plusieurs années à investiguer le monde vécu des personnels soignants tout en étant persuadée de la nécessité d'aller aussi du côté de ceux qui exercent des fonctions de direction, mon mouvement vers les directeurs d'hôpital a généré dans le champ psychologique quelques haussements de sourcils. Avaient-ils quelque chose à dire d'autre que le « management » (terme aussi général et flou que « l'administration ») qu'on leur avait inculqué ? Dans les retours qui m'étaient faits, tout portait à croire que les DH, en tant que haut-fonctionnaires publics et figures ultimes de la compromission (alors même que bon nombre d'entre eux sont syndiqués et défendent dans leur hôpital comme sur la scène interprofessionnelle des principes proches du soin car orientés vers le service au public), ne pouvaient pas rentrer dans des logiques rusées telles que Michel de Certeau les avait épinglées chez les citoyens membres des classes dominées (de Certeau, 2010). Et pourtant : à partir de l'hypothèse abductive que les DH faisaient partie de la part dominée de la classe dominante, il devenait probable que ceux-ci se livrent à des adaptations rusées aux contraintes gouvernementales, afin de préserver une marge d'autonomie permettant de fluidifier la vie de leurs établissements (aménagements d'ailleurs explicites dans l'enquête de Lauade & Chauvigné, 2010). Faire place aux vécus des directeurs ne devenait plus une question d'étude d'un corps professionnel : il s'agissait de faire valoir une certaine conception politique de la gestion à laquelle, me semble-t-il, les cliniciens pouvaient émarger.

Il faut pour cela revenir du côté de l'œuvre de Jacques Rancière. Dans un texte intitulé « *Onze thèses sur la politique* », Rancière (1997) édicte que l'essence de la politique n'est pas un conflit de pouvoir. Il rappelle que pour Aristote, le citoyen est celui qui « a part au fait de commander et à celui d'être commandé ». Rancière dénonce cependant une certaine interprétation de cette logique de l'*arkhê*, qui impliquerait la distinction et la *répartition* de rôles entre ceux qui commandent et ceux qui ne possèderaient pas de disposition à exercer le commandement. Rancière souligne que cette répartition des rôles au sein de la *polis* présuppose qu'il y ait une disposition particulière à agir qui s'exerce sur une disposition spécifique à pâtir. Ainsi, une certaine interprétation de la logique de l'*arkhê* supposerait une supériorité déterminée qui s'exercerait sur une infériorité déterminée. Pour qu'il y ait un sujet de la politique dit-il, et donc de la politique tout court, il faut qu'il y ait rupture de cette logique. Ne serait-ce pas ici le mot d'ordre de toute recherche qui voudrait sortir des catégories de la « sociologie naïve » (Bourdieu et al., 1968) de ses informateurs ? Rompre la logique fantasmatique selon laquelle le monde se divise entre ceux qui ne pourront que pâtir des actes des groupes possédant le pouvoir d'agir est un pas essentiel pour qu'en psychologie la recherche puisse s'ouvrir sur les questions de gouvernance et ne pas d'emblée ni les refuser, ni les expédier avec l'eau du bain des nouveaux discours managériaux. La sociologie nous apprend que les discours ne sont pas toujours des actes, et que les pratiques sont bien plus complexes dans leur vérité écologique que ce que tout discours essaie d'en dire, pour les défendre comme pour les dénoncer.

Au sens de Rancière, le champ du politique est plus encore le champ ouvrant la discussion autour d'un dissensus entre mondes sensibles. La politique se situe comme un processus de « *manifestation du dissensus, comme présence de deux mondes en un seul [...]* *L'essence de la politique est le dissensus. Le dissensus n'est pas la confrontation des intérêts ou des opinions. Il est la manifestation d'un écart du sensible à lui-même [...]* *L'ouvrier qui*

argumente le caractère public d'une affaire « domestique » de salaire doit manifester le monde dans lequel son argument est un argument et le manifester pour celui qui n'a pas de cadre où le voir. L'argumentation politique est en même temps la manifestation du monde où elle est un argument, adressé par un sujet qualifié pour cela, sur un objet identifié, à un destinataire qui est requis de voir l'objet et d'entendre l'argument qu'il n'a « normalement » pas de raison de voir ni d'entendre. Elle est la construction d'un monde paradoxal qui met ensemble des mondes séparés » (p. 101).

Ainsi la recherche en clinique institutionnelle peut-elle tout à fait être politique. Donner à entendre des mondes sensibles différents, contribuer à ce que le champ de la recherche lui-même puisse devenir ce monde paradoxal qui mette ensemble des mondes séparés dans un lieu tiers, voilà comment le chercheur peut poursuivre l'idée de la psychothérapie institutionnelle de lutter contre l'aliénation. En tant que psychologue, l'aliénation sociale était d'abord à débusquer dans les dispositifs du « prendre soin » ; en tant que chercheuse, l'aliénation sociale s'étudie bien sûr toujours sur le terrain, mais doit se travailler comme infiltrant l'intérieur du monde même de la recherche sur des phénomènes sensibles et des catégories socio-professionnelles sur lesquelles les préjugés – les prénotions, pourrions-nous ajouter dans le vocabulaire de la sociologie – vont bon train.

3.1. Psychologue et manager : deux figures contemporaines du travail émotionnel

Or c'est à l'endroit le plus inattendu que s'est donné à voir ce que je soutiens aujourd'hui comme une similitude entre le travail de ces managers de haut niveau et le travail clinique des psychologues. Ces deux figures sont des archétypes des temps modernes (Gabriel, 2015; Strazdins, 2000), non au sens d'une proximité du métier mais des opérations mentales qui garantissent son efficacité : les directeurs eux aussi s'adonnent à un travail émotionnel

(*emotional work*) consistant à élaborer leurs propres émotions et celles des autres pour accompagner individus et collectifs dans la réalisation de leurs tâches (nous utilisons le terme au sens de Pichon-Rivière, 2004). Ce travail émotionnel, que je suis loin d'être la première à situer comme un point commun de multiples types de relations (parentales, psychothérapeutiques, managériales) (Strazdins, 2000) implique toujours d'aplanir l'angoisse, l'agressivité et les éléments dépressifs qui traversent nécessairement tout groupe de travail pour rentrer dans son sujet. Si la psychothérapie institutionnelle a de longue date montré que des collectifs autonomes pouvaient organiser leurs ensembles de réunions de façon à ce que soient traités ces affects (Rothberg, 1968), le principe de réalité implique de reconnaître que dans bien des organisations, et de façon très aigüe dans les organisations de soins, la figure du manager est d'autant plus impensable que son travail psychique reste ignoré. Deux questions restent à partir de là en suspens : premièrement, en assumant que le regard et l'écoute clinique puissent colorer mes recherches, y aurait-il par là un moyen d'entendre un au-delà du discours managérial, et de faire apparaître un travail psychique propre aux fonctions de management et plus encore de direction (mes principales références récentes sur la fonction de direction provenant de deux cliniciens, à savoir Crétey, 2015 et Pouillaude, 2015) ? Et deuxièmement, en prenant les expériences de psychothérapie institutionnelle comme éléments de comparaison, jusqu'où peut-on, dans la vie institutionnelle d'un établissement (*a fortiori* d'un établissement de soins), retrouver les effets d'une préoccupation particulière de la direction pour le travail psychique des émotions et fantasmes qui circulent, effets qui émargerait au transfert et au contre-transfert institutionnels (Chanoit et al., 1966) ? Cette deuxième question porte moins sur un corps professionnel que sur les interactions entre ce(ux) qui apparemment dirige(nt) et ce qui est apparemment dirigé - cette répartition suivant la logique statutaire, donc répétant la logique de l'*arkhê*, le terme « apparemment » est là introduit pour laisser entendre qu'un

décalage est possible par rapport à une réalité du terrain qui se suffirait à elle-même et demeurerait irréfutable car vécue de trop près par les acteurs.

Que ces directeurs puissent construire des stratégies spécifiques, qu'ils puissent être à la merci de tentations identificatoires les sauvant de leur position paradoxalement en marge de l'hôpital, ou qu'ils tentent de construire des collectifs managériaux dont ils feraient partie et qui les soutiendraient (Haliday & Schepens, 2023), participe de la reconnaissance de « politiques » (au sens où nous les avons décrites dans André & Haliday, 2022 à savoir comme des négociations avec des fonctionnements et dysfonctionnements institutionnels) individuelles, d'équipes de direction et du corps de directeur d'hôpital, qui restent encore à étudier. La poursuite de ces travaux, avec Florent Schepens, a donné lieu à deux soumissions de projet Région, dont la dernière mouture se proposait d'interroger trois populations reliées pour poursuivre l'analyse du groupe professionnel des DH et comprendre ce qui détermine parfois à leur insu leur vécu, leur conception de l'hôpital et de sa gouvernance, et des collaborations qu'ils doivent y construire : les élèves-DH, que les cours à l'EHESP et les stages hospitaliers précipitent parfois dans une posture managériale rigide impliquant une restriction de la parole sur ses difficultés, mais aussi dans des affiliations précoces aux syndicats et associations de corps ; les autorités de tutelle, représentants d'un Etat dont il est nécessaire de comprendre ce qu'il attend des directeurs d'hôpital et la place qu'il leur laisse dans le débat public sur la gouvernance hospitalière ; leurs associations et syndicats, enfin, qui organisent des arènes à l'intérieur desquelles les DH peuvent rencontrer autrement ces tutelles, mais aussi porter une parole plus libre sur leurs difficultés (sentiment de déconsidération par l'Etat, difficultés au travail, etc.). En étudiant ces groupes interconnectés (DH en poste, élèves-DH, tutelles et associations) dans mes prochains travaux, je souhaite continuer à saisir ce qui détermine la trajectoire professionnelle et psychosociologique des directeurs et directrices d'hôpital, en tant que les chemins de carrière des individus contribuent aux fluctuations de gouvernance dans les

hôpitaux publics. Mon projet général va cependant plus loin que celui de l'étude d'une catégorie professionnelle : il porte sur la modélisation et la compréhension cliniques des processus organisationnels dans le champ du soin et de l'accompagnement, à partir de cette spécificité du monde du soin consistant à pouvoir utiliser les savoirs relationnels issus de la pratique soignante quotidienne dans l'ensemble des échelons des organisations ayant à faire à ce que nous appelons « la clinique ». Il ne s'agit donc ni plus ni moins que d'une reprise de la nécessité de soigner les institutions pour soigner les malades – mais avec les outils théoriques, méthodologiques et pratiques de notre monde contemporain.

Cependant, et cette dernière précision me paraît essentielle avant de présenter mon projet, « mettre ensemble » des mondes séparés, ainsi que le formulait Rancière, ne signifie ni les confondre ni les synthétiser. Toute la complexité de sa pensée du politique consiste à ce que les acteurs *supportent* l'existence et la rencontre de mondes séparés, que psychologiquement, cognitivement et émotionnellement ils puissent tolérer que dans un espace spécifique la perspective d'autrui rentre en contradiction avec la leur, sans que cela ne génère ni mouvement d'annihilation ni d'assimilation, et sans les mettre dos à dos (solution politicienne qui nécessiterait, au fond, que le chercheur-clinicien choisisse son camp). Ainsi, postuler comme je vais le faire qu'il existerait un champ articulant clinique et management ne revient pas à nier l'un pour donner sa place à l'autre, ou à les ordonner sur une échelle de valeurs morales ; il s'agit pour le chercheur conscient des dynamiques spécifiques à l'objet institutionnel qu'il étudie d'accepter que sa pensée touche au domaine du politique, autrement dit qu'il lui faut pouvoir tolérer la coexistence de mondes séparés rentrant en contradiction afin d'en rendre compte dans une démarche scientifique.

PARTIE 2. PROJET : Trois contributions pour une clinique au chevet des organisations

L'ambition de ce travail d'H.D.R. est de proposer un ensemble cohérent en termes théorique, méthodologique et pratique, qui permette à la psychologie clinique d'élargir encore un peu plus l'étendue des domaines qu'elle peut investiguer et des interfaces qu'elle peut construire avec d'autres disciplines, notamment les sciences de gestion. De façon analogue à la maxime freudienne au sujet de ce qu'était la psychanalyse, il me semble nécessaire pour mieux cerner l'objet organisationnel de se doter non pas d'une nouvelle théorie, mais de rassembler plusieurs corpus existants selon une logique de classement différente ; de proposer non de nouvelles méthodes d'investigation mais de promouvoir un positionnement clinique à l'échelle organisationnelle, qui tende vers la recherche-action et la co-pensée ; de prolonger, enfin, mon travail de découpage de la psychothérapie institutionnelle en opérateurs avec une tentative de découpage du travail de gestion, de direction et d'organisation en « objets », dont directeurs comme collectifs auto-gérés font certes des traitements différenciés – du plus clinique au plus aveugle quant à leur dimension symbolique sous-jacente -, mais qui permettent tout de même de concevoir qu'il existerait une méthode de « gouvernance clinique » dont la partie « clinique » ne serait pas nécessairement le seul apanage des professions soignantes.

Orienter petit à petit mon vocabulaire vers l'organisation plutôt que l'institution nécessite d'emblée d'expliquer les problèmes qui se posent en termes théoriques et épistémologiques au sujet de l'activité humaine de création de normes et de règles de co-existence et du fonctionnement concret qui en découle. Ceux-ci font intervenir des difficultés de traduction, dans le sens linguistique comme conceptuel, toutes liées à ce fait que Michel

Callon avait dans un article princeps parfaitement bien repéré : « traduire, c'est déplacer » (Callon, 1986).

1. Proposition épistémologique-théorique : délimiter le champ de la « clinique organisationnelle »

Il est saisissant, pour un chercheur d'aujourd'hui lisant l'anglais et le français, que si peu de rapprochements aient eu lieu au cours du 20^e siècle entre plusieurs corpus théoriques ayant pourtant pris pour objet les institutions ou les organisations et usant des outils conceptuels de la psychanalyse. Le « ou » que je choisis ici entre « institution » et « organisation » n'est pas anodin : il signe une grande difficulté linguistique, puisque là où en France le terme d'institution a conservé son sens dynamique et processuel, du côté des pays anglophones le terme d'organisation est venu signifier ce mouvement par opposition à la rigidité des Institutions, désignant quant à elles de plus en plus les grands domaines fondamentaux du politique et de la gouvernamentalité et leurs établissements paradigmatiques (l'hôpital pour la santé, la prison pour la justice, l'école pour l'éducation, etc.).

1.1. Confusion des langues entre le français et l'anglais

En réalité, même dans les travaux de langue anglaise, la question n'est pas tranchée : qu'il s'agisse de définir l'institution comme un objet mouvant et dynamique à rebours de la majeure partie des sciences de gestion (Ostrom, 2010), de tenter le numéro d'équilibriste consistant à distinguer les théories « organisationnelles » et « institutionnelles » (Meyer & Höllerer, 2014), ou encore d'insérer la distinction française entre instituant et institué dans les

corpus anglo-saxons qui l'ignorent (Bouilloud et al., 2020), le flou quant à la distinction entre institution et organisation est sensible.

Si la P.I. est, pour les cliniciens en psychiatrie, le cœur des élaborations et découvertes de l'après-Seconde Guerre mondiale, elle n'est qu'une partie de ce qui s'est exporté aux États-Unis sous le nom de « French Theory » ; une partie seulement des courants de « désaliénation » dont les grands auteurs (Foucault, Guattari et Fanon notamment) ont - à l'exception notable de François Tosquelles (Maso & Tosquelles, 2021; Robcis, 2016) - connu une médiatisation bien plus forte outre-Atlantique que les praticiens de la P.I. (Robcis, 2021) ; et encore une partie seulement de ce qu'il est possible de faire et de penser avec le courant volontairement plus large, car d'emblée non-centré sur le champ psychiatrique, de l'« analyse institutionnelle » (Bouilloud et al., 2020), qui a donné lieu à de nombreux embranchements notamment en France, avec les travaux de Lourau et Lapassade (Lapassade, 2015; Lapassade et al., 2015; Lourau, 1970, 2015).

La psychothérapie institutionnelle s'est donc exportée bien plus difficilement que les orientations intellectuelles académiques en SHS des mêmes décennies (notamment 1960 et 1970). Elle a de plus en plus été confondue avec les lieux où elle était pratiquée, et n'a pas trouvé son public en dehors de la sphère du soin francophile (comprenant les hispanophones et lusophones d'orientation psychanalytique). D'autres difficultés sont bien sûr à nommer, qui sont mieux connues : la difficulté de traduction de l'anglais au français d'une part, ainsi que la progressive inacceptabilité des théories psychanalytiques de « l'institution » dans un champ organisationnel de plus en plus emmené par des conceptions mécanicistes, rationalistes voire scientistes des fonctionnements organisationnels.

La difficulté de traduction ne concerne pas uniquement la distinction marquée entre ce que la tradition intellectuelle française fait dire au terme « institution », presque aux antipodes de ce que son voyage en terres anglophones a pu faire croire quant à sa signification (j'ai montré

dans Haliday, 2019 que le terme d'institution utilisé en anglais provenait initialement du français, dans son sens processuel et dynamique). La traduction, si l'on suit Michel Callon, n'est pas qu'à concevoir au sens linguistique de transposition dans une autre langue ; elle permet de penser des déplacements qui parfois nécessitent d'être bien réels, autrement dit de déplacer les Hommes pour espérer faire voyager des concepts. Il faut donc en revenir à l'analyse de ce qui ne s'est pas produit dans l'échange international des idées pour comprendre pourquoi la P.I., au fond, a perdu sur les deux tableaux : celui de la psychiatrie et celui des théories organisationnelles. Si en psychiatrie le plus grand obstacle à la diffusion de la P.I. a été son usage du terme « institution » (notamment dans ses frictions avec l'antipsychiatrie italienne et anglaise, qui l'accusait d'être rétrograde et conservatrice des asiles²³), du côté des théories organisationnelles la P.I. aurait pu saisir sa chance, pourrait-on penser, à partir de l'article princeps d'Elliott Jaques présentant des modalités proprement psychanalytiques de compréhension des phénomènes organisationnels (Jaques in Lévy, 1965). Ici toutefois, la question du rôle et de la responsabilité de l'imperméabilité assez forte des courants psychanalytiques doit être soulevée : Jaques s'appuyait, comme beaucoup d'auteurs de langue anglaise, anciens comme récents (Krantz, 2010; Menzies, 1960; Petriglieri & Petriglieri, 2020), sur les théories kleiniennes, bioniennes, autrement dit nées des développements de la psychanalyse post-freudienne de langue anglaise à partir de l'activité de formation de la Tavistock Clinic – qui aujourd'hui forme coachs, chercheurs et consultants à l'usage des concepts et méthodes psychanalytiques dans leurs pratiques sous le nom du Tavistock Institute of Human Relations²⁴. La psychanalyse lacanienne dont usait la P.I., quant à elle, n'a que peu pénétré les milieux cliniques de langue anglaise, et elle est encore très discrète dans le champ de l'étude des organisations, car rattachée aux études dites « critiques ». Les références

²³ J'ai développé ce point dans mon mémoire de DIU « Santé Mentale dans la Communauté » (DOI : [10.13140/RG.2.2.15562.11203](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15562.11203)).

²⁴ <https://www.tavainstitute.org/>. Consulté le 19 avril 2024.

phénoménologiques prolifiques de la P.I. sont elles aussi restées cantonnées au milieu psychiatrique, et n'ont fait leur réapparition que récemment et marginalement dans les courants du *care* ; enfin, les références de la pensée politique française, comme Cornelius Castoriadis, ont mis des décennies après leur parution française à être traduites (Bouilloud et al., 2020). Les psychiatres réformateurs lisaient pourtant l'anglais, comme l'indiquent les nombreuses occurrences dans l'œuvre d'Oury de la référence au livre princeps des sociologues Stanton et Schwartz, *The mental hospital* (Stanton & Schwartz, 1954), qui à l'heure actuelle n'a toujours pas été traduit en français. Ce même Oury, fin connaisseur des développements de la psychiatrie et de la psychanalyse en Amérique du Sud, n'y a toutefois pas eu le même succès que Félix Guattari et sa schizoanalyse (Perdomo et al., 2023), tandis que des auteurs fondamentaux comme Enrique Pichon-Rivière sont restés globalement peu connus des psychiatres français malgré des textes fondateurs, notamment sur la notion de « tâche » en psychiatrie (Fabris, 2013; Pichon-Rivière, 1969/2004).

Le corpus de la psychothérapie institutionnelle ne s'est donc que très peu *déplacé*, à l'exception étonnante du Japon (Delion, 2018; Oury et al., 2012). Les conséquences scientifiques en sont aisément visualisables avec une recherche Google Scholar : le terme « institutional psychotherapy » n'y fait remonter que 1330 références à l'heure où j'écris²⁵, dont une partie importante sont des titres et traductions anglaises de résumés et d'articles français. Il ne fait aucun doute que dans le champ psychiatrique l'idée d'une psychothérapie « institutionnelle » ait de plus en plus été inentendable à l'heure de la désinstitutionalisation - terme lui-même sujet à bien des malentendus, déjà exposés par Jean Garrabé dans les années 80 (Garrabé, 1981, 1983, 1987). Une hypothèse reste en suspens : la P.I. n'aurait-elle pas participé à sa propre invisibilisation en ignorant les apports véritables de son corpus, à savoir

²⁵ Essai fait en juillet 2024.

une théorie, une méthode et une pratique organisationnelles cohérentes et pour partie transposables à d'autres contextes ?

La P.I. a en effet développé – d'une façon que prolonge actuellement la sociologie des institutions (Bonny, 2012) – une conception dynamique de l'institution, cohérente avec le sens historique du terme, d'abord et avant tout axé sur la pratique et donc essentiellement processuel, signifiant le mouvement, orienté vers l'acte d'instituer plutôt que son résultat (Castoriadis, 1975; Guery, 2003; Michaud, 1977; Oury, 2004). On retrouve dès les années 60 entre les psychiatres fondateurs de la psychothérapie institutionnelle des échanges témoignant du travail conceptuel fait pour dégager le terme d'institution de sa confusion avec ce que la P.I. appellera ensuite l'« établissement » :

« Horace Torrubia : Notre pratique actuelle est une pratique essentiellement institutionnelle.

François Tosquelles : Il y a plus. Non seulement [il y a] la praxis, mais je crois qu'on doit mettre en relief la chose suivante : c'est que l'institution nous permet de révéler précisément des concepts qui sont valables ailleurs, l'institution étant un noyau expérimental des relations sociopathogénétiques et sociothérapeutiques [...]

L'institution est, comme le dit Torrubia, « la pratique la plus habituelle de notre agir » » (GTPSI, 1965/2014, pp. 84–85).

Ainsi donc, le savoir et le savoir-faire organisationnels de la P.I. se disent, dans ses textes, sous la forme d'un nécessaire « travail institutionnel » que les collectifs ont à produire afin de co-crée en permanence normes et règles de fonctionnement qui tendent vers l'émancipation plutôt que l'aliénation. La P.I. tente par là d'instaurer une communauté d'égaux (j'emprunte le terme à Rancière, 1997) dans leur humanité, grâce à l'organisation d'une transversalité des échanges (Guattari, 1972) n'oubliant ni la nécessité d'une hiérarchie incarnée

par l'organigramme, ni la nécessaire conception de relations plus horizontales, marquées du sceau du désir, afin que la hiérarchie ne résume pas ni n'aplatisse la richesse de la gamme des relations thérapeutiques possibles. Force est toutefois de constater que la langue française n'a pas échappé à l'anglicisation, et que les cliniciens institutionnalistes s'en trouvent embarrassés lorsqu'il s'agit de discuter avec leurs collègues anglophones.

La difficulté sémantique que j'ai signalée plus haut et qui rend la transmission de la psychothérapie institutionnelle difficile ne tient ainsi peut-être pas tant aux marques laissées par ses inspirations qu'à la transformation du terme « institution » en un signifiant plurivoque. Le risque de confusion de l'institution – entendue comme réseau d'échanges interhumains dans lequel circulent de multiples objets réels, symboliques et imaginaires - avec l'établissement et sa structure rigide avait d'ailleurs été pointé il y a des décennies déjà par les psychiatres réformateurs eux-mêmes, en lien avec le problème de traduction que j'ai évoqué :

« La confusion entre établissement et institution tient à l'usage que font les anglosaxons du terme d'« institution » et par imitation les Italiens [...] Cette confusion terminologique serait facilement levée si l'on voulait bien, en tentant d'échapper à cette anglicisation de notre langue, à l'image de ce qui différencie la denture de la dentition, admettre la même opposition distinctive entre structure et institution. [...] » (Ayme, 1987).

Ainsi donc la confusion des langues entre anglais et français ne nous aide-t-elle pas – et écrire à ce sujet, comme j'ai pu le faire (Haliday, 2019a), ne permet pas aux David que sont les cliniciens institutionnalistes de s'imposer contre le Goliath des théories américaines sur les organisations. Cette première partie peut expliquer, me semble-t-il, l'étonnante absence de dialogue entre les théories institutionnelles françaises et le courant dit de « psychodynamique des systèmes » (Fraher, 2004; Lawlor & Sher, 2021; Petriglieri & Petriglieri, 2020), qui

pourtant utilise les apports de la psychanalyse pour approfondir sa compréhension des phénomènes collectifs complexes se déroulant dans des organisations variées. Cette absence de croisement est d'autant plus dommageable que la psychodynamique des systèmes, dans les sciences de gestion, est elle aussi un courant minoritaire devant défendre son utilité face au rationalisme scientiste (Petriglieri, 2020).

Le parcours d'Elliott Jaques est à ce titre paradigmatique, et mérite d'être rapidement décrit. Après un texte essentiel publié pour la première fois en 1955 sur les défenses contre les angoisses schizo-paranoïdes et dépressives dans les organisations, encore aujourd'hui cité comme fondateur d'une psychosociologie appuyée sur la psychanalyse, Jaques a retourné sa veste intellectuelle au profit d'un rationalisme fort défensif : ainsi publiait-il, en 1995, un pamphlet reniant son intérêt pour l'orientation psychanalytique au profit d'une conception naturaliste des organisations (Jaques, 1995) que certains théoriciens, notamment français, ont immédiatement dénoncée (Amado, 1995). Au fur et à mesure que la P.I. perdait du champ et ne devenait qu'un courant très minoritaire en psychiatrie, ratant le coche d'une « traduction » internationale liée aux déplacements des savoirs, les théories organisationnelles se déshumanisaient donc, niant aux émotions leur place au profit d'une conception mécaniciste des organisations... sur laquelle ces mêmes théories organisationnelles reviennent aujourd'hui (Voronov, 2014; Voronov & Weber, 2020), tandis que la P.I., de son côté, vit dans l'ombre d'une œuvre guattarienne bien plus internationalisée.

Le chercheur naviguant entre les apports francophones et anglophones peut donc constater, avec un certain désarroi, qu'à partir d'une différence de choix initial d'objet et de positionnement de leurs auteurs, des phénomènes de cristallisation disciplinaires ont eu lieu, qui ont pour partie empêché le dialogue et accentué un phénomène au départ décrit par Walter Mischel comme une boutade : le « problème de la brosse à dents ». Mischel repérait en effet chez les chercheurs en psychologie le fait que « *psychologists treat other peoples' theories like*

toothbrushes — no self-respecting person wants to use anyone else's »²⁶. Comment ne pas contribuer à ce phénomène tout aussi délétère dans la recherche sur les organisations et les institutions, en ce qu'il défavorise en permanence les théories orientées par la psychanalyse et parmi elles les corpus francophones ?

1.2. Quatre courants fondateurs...

La première étape d'un raisonnement visant à guider le chercheur institutionnaliste au milieu de la confusion des langues consiste à compter les « brosses à dents » en présence. Il faut toutefois admettre qu'elles sont trop nombreuses pour être toutes maîtrisées d'une façon qui leur rende justice, puisque la psychanalyse groupale, la psychosociologie, la sociologie clinique, l'analyse institutionnelle, la psychothérapie institutionnelle, la psychanalyse des organisations, la psychodynamique des systèmes ont toutes considérablement contribué à l'étude des apparents dysfonctionnements dans les organisations, montrant à chaque fois et à leur manière que ceux-ci étaient bien fonctionnels dans les termes d'une autre scène : celle de l'inconscient (Arnaud, 2002).

Dans un premier mouvement tentant de rationaliser le choix de mes courants de prédilection, j'avais établi des critères en fonction desquels je me permettais d'en écarter certains et pas d'autres. Cependant, ce qui apparaît comme un choix est en réalité le fruit du hasard et de plusieurs rencontres. Plutôt que de feindre a posteriori l'intuition d'un sens de mon parcours intellectuel, je préfère tenter de restituer mon cheminement avec quatre corpus qui ont particulièrement contribué à mes travaux, dans l'ordre chronologique de ma rencontre avec eux : psychothérapie institutionnelle, psychanalyse groupale, psychodynamique des systèmes

²⁶ Mischel, M., The toothbrush problem. Accessible en ligne : <https://www.psychologicalscience.org/observer/the-toothbrush-problem>. [Consulté le 04/05/2024].

et psychosociologie des organisations. Le choix de s'appesantir sur ces seuls quatre corpus dans ce manuscrit, à l'exclusion d'autres traditions intellectuelles (sociologie clinique, psychodynamique du travail...), est lié à deux éléments essentiels de ma trajectoire. Tout d'abord, tous ces courants sont marqués par l'inévitable prise en compte de l'inconscient ; mon apprentissage de la psychologie y est intrinsèquement lié, ainsi que mon apprentissage de l'humanité quotidienne. Et de façon plus précise, les courants qui m'accompagnent ont pour objet principal le groupe, l'institution ou l'organisation – trois termes désignant des formes prises par les collectifs humains, faisant ainsi sortir de ma zone d'intérêt, malgré les liens qu'elles entretiennent avec l'œuvre d'éminents psychiatres ayant fondé ou participé au mouvement P.I. comme François Tosquelles, Louis le Guillant et Paul Sivadon, la clinique de l'activité (Clot et al., 2021), la psychopathologie du travail (Dejours, 2016) ou encore les approches du travail du *care* (Molinier, 2020).

Parmi toutes les surprises de ma formation première, la plus importante est justement, et sans aucun doute, la rencontre avec le champ du politique et le nécessaire soin à apporter aux institutions. J'ai été rapidement happée, dans mon cursus, par la psychothérapie institutionnelle et sa cousine proche, la psychiatrie de secteur. J'ai gardé de ce courant la nécessité de penser l'aliénation, ce qui explique pourquoi, des années plus tard, j'ai croisé la route de la psychosociologie... mais ne l'explique pas intégralement. Ainsi que j'ai commencé à le formuler dans la synthèse de mes travaux, j'ai dès ma thèse quitté le champ du soin direct pour celui de son organisation, puis me suis dirigée vers celui de l'étude des organisations pour elles-mêmes. Ma véritable rencontre avec la psychosociologie s'est faite à ce moment-là, et paradoxalement après ma plongée dans le champ des *systems psychodynamics*, courant plus récent, de langue anglaise et dont les prémisses psychanalytiques s'appuient bien plus sur la psychanalyse post-freudienne anglo-saxonne que sur la tradition française.

Une question reste en suspens : que faire de ce que l'on appelle rapidement la, ou les, clinique(s) institutionnelle(s) (l'expression est mise au pluriel chez Pinel & Gaillard, 2020) ? Quelle place tient-elle au regard de ces courants ? Alors que j'ai longtemps pris cette expression pour acquise pensant savoir ce qu'elle signifiait, et malgré des apports théoriques foisonnants - concept d'homologie fonctionnelle chez Pinel (1989), notion de « l'institutionnel » chez Demarchi (2023), clinique de l'interinstitutionnel chez Dobrzynski (2019) ou travail du « rapport » entre Sujets et Institutions chez Maurin-Souvignet (2021) -, la clinique institutionnelle apparaît plus comme un carrefour épistémologique qu'un courant à part entière. Décortiquer les choix de textes présentés dans l'un de ses principaux manuels (Drieu, 2013) offre une belle démonstration de son intrinsèque pluri-référentialité : se trouvent dans cet ouvrage des commentaires d'œuvres émergeant à l'anthropologie (Mauss), la sociologie (Durkheim), la psychiatrie institutionnelle (combinant soins institutionnels avec Racamier et Hochmann, et psychothérapie institutionnelle avec Tosquelles et Oury), la psychanalyse des groupes (Kaës), la psychosociologie (Enriquez, Rouchy), l'histoire de la psychiatrie (Swain et Gauchet) et de nombreuses pratiques cliniques groupales et institutionnelles. On n'y retrouve cependant pas – et cela sera l'objet de ma proposition d'élargissement ci-dessous – de textes situés dans le champ des sciences de gestion, comme si se maintenait là un clivage entre registres distincts : à la clinique « l'institution », aux sciences de gestion « l'organisation »... sans analyse (à l'opposé donc d'une perspective de « l'organisation en analyse » comme chez Enriquez, 2003).

La singularité de mon parcours – de tout parcours de recherche, à vrai dire – dans ce foisonnement est toutefois insuffisante pour expliquer l'intérêt scientifique de cette H.D.R. Il faut qu'il y ait quelque part, si petit soit-il, un trou dans le savoir ; pour ce qui concerne ce manuscrit, je ferai la proposition qu'un travail de fond et de longue haleine non pas *à la place de*, non pas *au service de*, mais *avec* les professionnels en fonction de direction permettrait de

remédier pour partie à l'une des difficultés de la psychothérapie institutionnelle en éclairant quelque peu l'un de ses points aveugles, qui est aussi une zone d'ombre de tout courant affilié au champ des cliniques institutionnelles : celles-ci doivent pouvoir être plus qu'une théorie des relations dans les organisations, et pour cela théoriser le travail d'organisation et de direction lui-même non seulement en tant qu'il nous renseigne sur un corps professionnel ou sur une fonction institutionnelle, mais en tant qu'il a des effets sur l'ambiance des établissements dont la vie nous préoccupe.

Dans la multitude des théories institutionnelles et organisationnelles l'on se retrouve donc face à une question de fond qui détermine l'exportation possible de théories françaises à l'international, ainsi que l'enrichissement de ces mêmes théories françaises par des apports d'autres disciplines que la psychologie et la sociologie, et dans d'autres langues. Quels ponts peut-on dresser entre des corpus étudiant des objets différents car épistémologiquement et historiquement construits à partir de prémisses disciplinaires distinctes mais qui tous, pourtant, tentent de produire un discours appuyé sur la psychanalyse au sujet de ce qui se passe dans un champ similaire de la réalité : celui des collectifs humains structurés, de toutes tailles qu'ils soient ?

Pour donner à voir les points de croisement mais aussi les achoppements des relations entre les quatre corpus qui m'intéressent plus particulièrement, quatre paramètres me semblent importants, qui déterminent ensemble la focale de chacun des courants précités :

- la référence à la psychanalyse, au sens de l'utilisation de ses concepts, de la recherche d'enrichissement de sa théorie et de la prise en compte de la dimension inconsciente des échanges humains,
- la pensée politique, au sens de l'utilisation explicite de théoriciens du politique mais aussi d'une prise en compte du problème politique dans la pratique,

- l'ancrage pratique de la théorie, au sens d'abord de l'ancrage pratique de ses auteurs principaux : on distinguera d'un côté les praticiens et cliniciens, et de l'autre les auteurs en position de consultants/formateurs (le conseil ou la formation étant une pratique, mais indirecte du point de vue de la tâche finale à accomplir des organisations du champ de la santé et de l'accompagnement),

- et enfin la prise en compte d'éléments organisationnels concrets, du côté du « groupe de travail » (Bion, 1999) ou de la « tâche » à accomplir des équipes (Pichon-Rivière, 1969/2004), en complément des mouvements inconscients traversés par ces équipes comme groupes (un bel exemple de différence d'interprétation d'une situation est donné par Anzieu & Enriquez, 1999).

A étudier mes courants de prédilection à l'aune de ces paramètres, les points aveugles de chacun apparaissent plus nettement, et avec eux des espaces de créativité possible en matière de recherche. Le premier de ces points aveugles à valeur heuristique, au sujet duquel j'ai eu la chance d'être en désaccord avec Jean-Pierre Pinel lors de ma soutenance de thèse, consistait à dire que le courant groupaliste et institutionnaliste inspiré par les penseurs de l'école lyonnaise, et notamment la figure de René Kaës, était insuffisamment politisé.

Il faut cependant préciser ce que « politisé » signifie. Je fais par là référence au travail de Jacques Rancière (1997, 2004), qui situait ainsi que je l'ai esquissé plus haut la politique comme la possibilité d'apparition du dissensus dès lors que se confrontent des mondes sensibles différents. Il eût fallu, pour que les groupalistes et institutionnalistes puissent se situer dans le champ politique au sens de Rancière, qu'ils fassent eux-mêmes l'expérience de la direction d'établissement ou qu'ils choisissent de faire du contact proximal avec ceux et celles qui l'exercent l'un de leurs objets de recherche. Cela n'était pas dans le projet de la psychanalyse groupale et institutionnelle, puisqu'ainsi que l'indiquait Kaës à de nombreux endroits de son œuvre (Kaës, 2010, 2015b), la psychanalyse des groupes n'a pas été conçue pour rendre compte des fonctionnements de groupes de travail. Kaës lui-même questionnait la possibilité

d'appliquer une métapsychologie groupale élaborée dans des groupes thérapeutiques à des « groupes réels » :

« Le problème est de savoir s'il s'applique à tout processus de groupement, plus généralement à tout processus de lien et selon quelles modalités méthodologiques d'accès. Est-il possible de passer sans transformation du modèle théorique de l'appareil psychique groupal à l'analyse des groupes réels : famille, équipes de travail, institutions ? Ces formations sont déterminées par plusieurs ordres de logiques : économique, politique, sociale, culturelle, et bien entendu psychologique. Comment les distinguer et les ordonner ? » (Kaës, 2010, p. 165)

Si Denis Mellier y a apporté des réponses avec le sillon qu'il a creusé autour de la « vie psychique » des équipes (Mellier, 2012, 2018), force est de constater que peu d'auteurs d'orientation psychanalytique se sont aventurés au-delà de la limite que Kaës repérait lui-même de son propre travail. Ainsi la psychanalyse des groupes ne tient-elle compte que d'une seule perspective, celle de la clinique, et avec un but principal : s'établir comme tout aussi « psychanalytique », théoriquement et cliniquement, que les dispositifs de cure-type et les élaborations qu'ils ont engendré. Elle se souciait donc moins de la perspective sur les phénomènes institutionnels de ceux qui organisent ou dirigent ; en réalité, l'identification des chercheurs aux efforts des équipes soignantes, notamment dans le cas d'analyses de pratiques et de supervisions menées dans des « institutions de la désinscription », n'a que rarement pu conduire à d'autres conclusions qu'à la dénonciation de conditions de travail médiocres imposées par le « management gestionnaire » (Gaillard, 2022). La psychanalyse des groupes n'est donc pas politique, au sens de Rancière, puisqu'elle peut analyser son objet sans avoir besoin de « mettre ensemble des mondes séparés ».

Ainsi, là où ils cherchent à analyser *l'institution* à partir des théories groupales, les cliniciens institutionnalistes se privent souvent de la possibilité de penser un exercice des

fonctions de *direction* ou de *gouvernance*, dans leur amplitude thématique et concrète, qui participerait au nécessaire soin à octroyer à ces mêmes institutions pour qu'elles soignent mieux à leur tour. En se focalisant sur les institutions non plus seulement par distinction mais presque par opposition à l'institué et à la dimension de l'établissement (au motif de son irréductible capture par la logique des nombres), les cliniciens institutionnalistes entretiennent parfois un refus identificatoire avec la fonction de direction dont on peut considérer qu'il dessert la diffusion des connaissances qu'ils produisent, en ce qu'elle risque de ne jamais atteindre les échelons hiérarchiques dont dépendent pourtant certains changements qu'ils appellent de leurs vœux.

La principale limite des approches groupales anglaises et françaises n'est toutefois pas tant leur but - car tout collectif a aussi pour but lorsqu'il s'autonomise d'aider chacun à se développer et à s'émanciper grâce à lui -, que le type d'éléments auxquels ils s'attachent. Ceci constitue, nécessairement, un point aveugle sur le monde : la matérialité dans lesquels vivent les groupes bioniens ou ceux décrits par Kaës est quasiment inexistante dans leurs écrits, au profit d'une focalisation sur leur réalité psychique. Or les groupes réels doivent fonctionner autant que faire se peut sous la forme de groupes de travail afin de pouvoir s'adonner à leur « tâche » (Fabris, 2013). Gilles Amado le repérait bien (2013) : la tradition mêlant psychanalyse et psychologie sociale pour analyser les groupes n'a pas réellement permis de proposer des conceptions utilisables par d'autres qu'elle. On ne peut donc s'étonner réellement que les théories organisationnelles, à l'exception notable de la psychodynamique des systèmes, aient fait l'impasse sur les apports issus d'études orientées par l'écoute de l'inconscient (a minima du préconscient) et de l'imaginaire des groupes : « *les analyses tirées des groupes de formation et de thérapie ne me semblent pas rendre compte nécessairement de toute la chimie complexe des groupes de travail, les dispositifs mis en œuvre en limitant, selon moi, la portée. Certes, les groupes de thérapie et de formation produisent un travail mais ils visent avant tout un*

développement individuel (même s'ils donnent lieu à un travail groupal) alors que les groupes de travail que j'envisage ici sont avant tout centrés sur une production collective « extro-centrée » (Amado, 2013). Lorsque le terme d'organisation fait surface dans les travaux sur les groupes, et ce même en psychosociologie, celui-ci n'est pas particulièrement défini par rapport à l'institution, à l'instar de cette introduction d'un livre classique de psychosociologie de Rouchy et Soula-Desroche : « dans un établissement, nous sommes en présence non pas d'une entité générale, l'institution, mais de personnes, de groupes, de sous-groupes, qui parlent de ce qu'ils vivent, de leurs relations dans l'organisation [...] L'organisation est fondée par les valeurs provenant de différentes institutions, qui prennent forme et sont actualisées dans des organismes ou des établissements. » (2004).

Mais un ancrage dans la psychothérapie institutionnelle est lui aussi insuffisant pour saisir les phénomènes organisationnels, comme le sont l'ensemble des autres courants avec lesquels elle est comparée ici. Premièrement, la P.I. a en effet construit son corpus théorique – ce dont elle s'est toujours enorgueillie – sur la base d'une pratique collective en psychiatrie ignorant les élaborations théorico-pratiques concernant l'échelon groupal (Rouchy & Soula Desroche, 2010), ce qui l'a amenée à laisser dans l'ombre de sa théorisation une question sur laquelle au contraire les théories organisationnelles se sont souvent précipitées : celle du leadership (Haliday, 2019b). Elle s'est également de moins en moins arrêtée sur les coordonnées concrètes, stratégiques et politiques des établissements de soins, plus préoccupée à faire valoir l'originalité de la constitution de clubs thérapeutiques soignants-soignés. Ceci est d'autant plus étonnant qu'à bien connaître le corpus de la P.I., on ne peut que constater que ses œuvres majeures ont quasiment tous été écrites ou dites²⁷ par des psychiatres en position de responsabilité (directoriale notamment) dans leurs établissements, dont le charisme a souvent

²⁷ A l'instar de la psychanalyse lacanienne, la P.I. a beaucoup fonctionné à partir de séminaires et de regroupements perpétuant une tradition orale forte en psychiatrie.

été souligné dans la filiation théorique et amicale à laquelle ils ont donné naissance. Ce constat n'enlève rien au fait que la P.I. a su penser des organisations collectives, mais nécessite de formuler la question qui m'a poussée à aller plus loin : le corpus de la P.I. se serait-il construit sur un refoulement de la question du leadership et des prérogatives de la fonction de direction ? Car si la clinique de La Borde, lieu essentiel de ce courant, voyait bien ses activités gérées par un Club, la « gestion » de ses « ressources humaines » a échoué à penser le rapport entre « moniteurs », autrement dit professionnels du quotidien, et psychiatres, toujours situés légèrement à l'écart de la quotidienneté soignants-soignés. Plus globalement, la gestion des ressources financières du Club a occulté la gestion des ressources de la Clinique elle-même, à l'exception de quelques vérités depuis devenues des mythes, notamment autour de son prix de journée plus bas qu'à l'hôpital public. Autrement dit, *tout* n'était pas collectivisé dans les services et lieux qui travaillaient avec la P.I., et plus encore : le regard que les théoriciens de la P.I. ont porté sur ces expériences a, jusqu'à très récemment, occulté l'importance de la dimension établissementnelle de l'organisation des soins.

En circonscrivant son intérêt politique aux objets et dispositifs cliniques, la P.I. a donc petit à petit laissé dans l'ombre de sa construction théorico-clinique un pan de sa réflexion organisationnelle pourtant présent à ses débuts, qui touchait aux objets propres à l'établissement : réglementation, budgets, constructions architecturales, grilles de temps de travail, etc.²⁸. Cela peut être dû au fait que les psychiatres-directeurs de structure n'en parlaient presque jamais, ni dans leurs écrits, ni dans leurs transmissions orales, en ce qu'ils étaient bien plutôt focalisés sur une transmission clinique et institutionnelle ; mais il faut peut-être y reconnaître aussi le point aveugle de nombreux chercheurs sympathisants du courant dans le

²⁸ La psychiatrie s'est de longue date intéressée à l'architecture, spécifiquement la psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle. Toutefois, rares sont encore les expériences comme celle de l'hôpital de jour l'Adamant, filmé par Nicolas Philibert, dont la création s'est faite en partenariat entre architectes, patients et soignants. On note toutefois ces dernières années une résurgence de séminaires et de travaux sur la question, notamment du côté de la Chaire de Philosophie à l'hôpital portée par Cynthia Fleury.

champ de la psychiatrie et de la psychologie, potentiellement mystifiés par l'intérêt voire la fascination pour les seules dynamiques groupales et interpersonnelles. Ces mêmes chercheurs auraient alors oublié d'aller chercher des réponses à ce qui ne leur apparaissait pas nécessairement comme une question, mais plutôt comme un constat nourrissant la lutte : que faire de l'établissement, en tant que soignant, à partir du moment où l'on n'a aucune prise sur lui car aucune « disposition à agir » (au sens de Rancière, 1997 c'est-à-dire d'une possibilité d'action politique) sur sa direction concrète ? La situation du rachat de la clinique de la Chesnaie, autre monument symbolique de la P.I.²⁹, a donné à voir au grand jour ce qui ne se disait pas : la direction des cliniques et lieux de P.I. n'a jamais été pensée comme collective, et les soignants qui s'y essaient sont vite plongés dans des situations qu'ils ne connaissent pas et au sujet desquelles ils n'ont en réalité que peu de culture générale, n'ayant jamais bénéficié d'apprentissages véritablement organisationnels. Petit à petit, avec la perte du statut de médecin-directeur d'établissement, c'est en fait l'ensemble de la communauté soignante qui a cessé de s'intéresser à « l'administration ». Le terme lui-même s'est vu affublé d'une connotation négative, entérinant une scission entre ce qui au départ n'était qu'une distinction entre « établissement » et « institution » destinée à mieux les articuler.

Ainsi se sont développés des courants de plus en plus distincts entre la France et les pays de langue anglaise, entre héritage différent en matière de psychanalyse (plutôt freudolacanianne en France, et objectaliste dans les pays anglo-saxons), de focalisation de leurs « prescriptions » (expression que j'emprunte par distinction avec les sciences sociales descriptives) et de positionnement vis-à-vis du champ de « l'administration », du management et des pratiques de direction. Le corpus de textes en psychologie dite « clinique

²⁹ La Chesnaie est l'une des cliniques historiques de la psychothérapie institutionnelle. Possédée par un médecin-directeur unique depuis des décennies, elle a été mise en vente en 2022 et a été reprise par un grand groupe médico-social. Soignants et patients avaient pourtant conçu un projet pour la reprendre, projet que le médecin-directeur a d'emblée écarté.

institutionnelle » s'est dans les faits souvent rattaché aux courants groupalistes, dont les affinités avec la psychothérapie institutionnelle étaient plus théoriques que pratiques ; d'un autre côté ont émergé des courants d'analyse psychosociologique ou de sociologie clinique des organisations, eux aussi informés voire guidés par la psychanalyse et souhaitant traiter tout autant des « éléments de réalité » des organisations (Rouchy & Soula Desroche, 2010) que des processus inconscients. En parallèle s'est développé un corpus en sciences de gestion récusant l'intérêt de l'analyse des dynamiques inconscientes, au motif d'une nature différente de l'organisation face à laquelle seul le travail conscient, planifié, d'amélioration des processus pouvait porter ses fruits (Jaques, 1995). C'est toutefois l'ensemble de la psychosociologie, comme en témoignent des ouvrages de synthèse déjà anciens, qui a toujours été tiraillé entre l'histoire de son émergence aux Etats-Unis au service de l'industrie et sa réappropriation française et sud-américaine, plus critique et politisée (Cornaton, 1969). La psychosociologie de langue française, portée notamment par Eugène Enriquez, s'est intéressée aux questions politiques dans les organisations à partir des travaux de K. Lewin et visait « l'apprentissage de la démocratie » (Anzieu & Enriquez, 1999) en analysant les systèmes organisationnels de répartition ou de confiscation du pouvoir et avec eux les systèmes de domination... Mais si l'on y retrouve bien une forte inspiration psychanalytique, l'impératif de « soigner » les institutions est plus lointain.

De son côté, la psychodynamique des systèmes a tenté de réintroduire un intérêt pour les émotions dans des sciences de gestion ayant dénié bruyamment puis maintenu refoulée la dimension affective des processus organisationnels. Si ce faisant elle a contribué à l'« émotionnalisation » (je conserve ici le néologisme de Voronov, 2014) des théories dites « institutionnelles » ou « organisationnelles » en sciences de gestion, un esprit formé par la P.I. n'y retrouve pas la centralité politique de la désaliénation, avec le risque de produire une théorie dont le but pratique ne serait plus l'émancipation des collectifs – leur passage de groupes-

assujettis à groupes-sujets, selon les mots de Guattari (1972) – mais la meilleure performance des organisations pour elle-même.

Le tableau résultant de cette rapide typologie – dont les critères méritent évidemment d’être discutés, tant ils sont ici brossés à gros traits – n’a pour seul but que de montrer l’impossibilité d’une théorie totale des organisations et institutions, nécessitant plutôt une circulation et une pratique du croisement entre les concepts et focales de chacun des quatre courants ici mis en lumière :

	Psychanalyse des groupes	Psychothérapie institutionnelle	Psychosociologie	Psychodynamique des systèmes
Référence à la psychanalyse	Oui : courant mené et construit par des psychanalystes	Oui, en tant qu'outil pour penser les phénomènes individuels et collectifs en psychiatrie (aliénation psychopathologique et sociale)	Oui, en tant qu'outil éclairant les dynamiques inconscientes sous-tendant les problèmes des groupes de travail	Oui, en tant qu'outil éclairant les dynamiques inconscientes sous-tendant les problèmes organisationnels
Pensée politique	Non, ou de façon marginale	Oui, à partir du marxisme	Oui, à partir de la question de la démocratie chez K. Lewin, ou des questions de domination et de pouvoir	Non, ou de façon marginale
Ancrage pratique	Oui, à partir d'une pratique des groupes thérapeutiques et de l'intervention en institution	Oui, à partir d'une pratique des collectifs soignants-soignés dans les structures hospitalières et de secteur	Non, au sens où la théorisation est faite à partir d'une pratique indirecte (conseil en organisation et recherche)	Non, au sens où la théorisation est faite à partir d'une pratique indirecte (conseil en organisation et recherche)
Éléments organisationnels	Non, sauf traitement symbolique des éléments matériels du cadre	Oui, mais concentrés sur la gestion des clubs soignants-soignés et leur visée thérapeutique	Oui, appliqués à la vie des groupes de travail	Oui, à partir de la connaissance du monde de l'entreprise et des organisations en général
Focale	Etudier l'appareillage psychique et les fantasmes structurants les groupes ; utiliser les groupes pour leurs vertus thérapeutiques	Organiser la désaliénation sociale permanente pour soigner l'aliénation psychopathologique : « soigner l'institution pour soigner les malades »	Tendre vers des systèmes organisationnels démocratiques, moins vecteurs de domination et de conflits néfastes. Etude de la pratique et de la répartition du pouvoir	Comprendre les phénomènes organisationnels à partir de l'étude des émotions dans les organisations, de leur circulation et du travail émotionnel produit par les managers

Afin de conserver le sens initial du terme de « psychothérapie institutionnelle », autrement dit qu'il ne cesse jamais de désigner une praxis psychiatrique théorisée en permanence et qu'il ne soit pas dévoyé ni utilisé à mauvais escient (Guattari, 1972 ne disait-il pas que la psychothérapie institutionnelle était une enfant fragile car fort mal entourée ?), c'est à ceux qui utilisent ses concepts et en étendent l'usage d'accepter de changer de terminologie, et potentiellement de position, pour assumer d'aller du côté de la relation de recherche avec ceux qui pratiquent la fonction de direction au quotidien. Il est nécessaire de s'interroger sur la pérennité de cette relation : permet-elle de penser que le chercheur est enrichi de sa proximité avec la pratique de direction ? Permet-elle d'espérer que directeurs et directrices introjecteront suffisamment le regard et l'écoute analytique de celui qui cherche et parfois conseille pour, un jour, pouvoir soutenir une pratique collective qui n'aura pas besoin de consultant extérieur pour exister au long cours ? Enfin, question à notre sens la plus porteuse en termes de recherche, qu'est-ce que cette relation entre chercheur de terrain/analyste institutionnelle et dirigeant(s) nous permet de réellement savoir de la « direction » d'un établissement ? Les textes les plus pertinents sur la fonction de direction, du côté de la psychothérapie institutionnelle, ont été écrits par des cliniciens devenus directeurs. Comment alors étudier les pratiques et la pensée des professionnels non-cliniciens en situation de direction ou de gouvernance, en tant qu'ils ont peut-être élaboré, eux aussi, un ensemble de savoirs pratiques (théorisés ou non), dont la recherche peut se saisir ?

1.3. ... Et un même champ. Pour une « clinique organisationnelle »

Mon parcours de recherche jusqu'ici, et les développements que j'ai proposés ci-dessus, me permettent de formuler la proposition suivante : plutôt que de persister dans une activité scientifique souvent en silos entre courants aux traditions disciplinaires différentes (qui rend

toute élaboration au sujet des organisations ancrée dans l'un des quatre courants pré-cités insuffisante et incomplète pour saisir des phénomènes complexes et de grande ampleur), il est plus intéressant de considérer l'arène dans laquelle ces quatre courants évoluent, autrement dit de postuler l'existence d'un même champ théorique transdisciplinaire qui les abriterait.

Cette proposition n'est pas à entendre comme l'annonce d'une création, mais bien plutôt comme la trouvaille d'un déjà-là qui attendait d'être nommé : ainsi que j'ai pu l'écrire plus haut, l'idiome de « clinique institutionnelle » me semble déjà désigner un champ à l'intérieur duquel peuvent être combinés des apports provenant d'épistémologies différentes. L'idée d'une clinique organisationnelle implique cependant de faire une place différente au terme d'organisation, entre ceux d'institution et d'établissement que je continue à utiliser. Que faire, une fois que le clinicien s'est attardé sur la littérature internationale et ne peut plus l'ignorer, du terme d'organisation ? Celui-ci semble poser exactement le même problème que le terme d'institution : désignant à la fois une dynamique et son produit, « l'organisation » ne peut remplacer « institution » au motif qu'elle permettrait plus de clarté dans le débat. Toutefois, le terme d'organisation possède me semble-t-il tout à fait sa place, afin de remédier à un écueil que la psychothérapie institutionnelle n'avait pas anticipé : une forme d'antagonisme théorique et pratique entre l'« établissement » et l'« institution » résultant en un rejet du premier (en tant qu'il représenterait l'ensemble des contraintes étatiques) et une idéalisation du second, qui ne permet pas de penser ce que la P.I. avait pourtant évoqué dès le départ : la nécessaire conjonction entre ces deux registres potentiellement pourvoyeurs d'aliénation, mais aussi de créativité – au moins pour ce qui était de l'institution.

A l'aide du travail de Michael Diamond (Diamond, 2007; Diamond & Allcorn, 2009), j'ai commencé à concevoir l'organisation comme un espace potentiel entre l'établissement et l'institution. En effet, comment penser les nombreux processus institutionnels menant à des modifications établisementales (fléchage des budgets, changements dans le règlement

intérieur...), ou l'effet de modifications des paramètres de l'établissement sur l'ambiance institutionnelle sans leur accorder une aire spécifique, de transition, qui soit l'espace propre des processus de traduction (au sens de Callon, 1986 donc d'une négociation entre acteurs) permettant à deux registres sinon dissociés d'effectivement interagir ? L'organisation ainsi conçue permet de désigner l'immense aire de jeu qui se dessine dès lors que le psychiste tente de penser les échanges entre établissement et institution. Cette conception n'est pas sans lien avec celle de la psychosociologie française, qui à l'instar des théories organisationnelles de langue anglaise considère que les organisations expriment les Institutions qui les fondent, et qu'ainsi si les Institutions (comprises comme principes instaurateurs régulés et par conséquent limités en nombre) s'incarnent dans les organisations, c'est au caractère protéiforme de ces dernières qu'il faut s'intéresser, au sens où « l'organisation est la transmutation en technologie, en « quincaillerie », de l'institution » (Enriquez, 2003, pp. 89–90).

A partir de cette proposition de considérer l'organisation comme une aire transitionnelle ou « espace potentiel », au sens de D.W. Winnicott, entre ce que la P.I. nommait « établissement » d'un côté et « institution » de l'autre, l'organisation serait l'espace où des éléments du réseau institutionnel peuvent être stabilisés en des formes traditionnellement dévolues à l'établissement (conventions budgétaires, règlements intérieurs), et où les objets propres au travail de fonctionnement des établissements (finances, informations, organigramme) peuvent être pensés dans leur valeur symbolique tout autant que concrète. Les effets d'un travail impliquant les valeurs symboliques des objets organisationnels et les changements qui se produisent dans le tissu institutionnel, notamment sur l'ambiance – conçue comme autre chose que le « climat organisationnel » ou la possibilité d'une bonne qualité de vie au travail, car touchant au registre pré-réflexif du sentir – sont alors à portée d'étude.

D'une clinique à proprement parler *institutionnelle*, j'avance donc jusqu'à une clinique *organisationnelle*. Si ce terme apparaît dans quelques publications, et plutôt en périphérie de la

réflexion qu'au centre, il reste encore vierge d'une définition qui le situerait comme un courant à part – ce qu'il n'est pas. Je l'emprunte ainsi pour le constituer plutôt comme désignation d'un champ, au sens bourdieusien (Bourdieu, 2002). Ce champ de la clinique organisationnelle, toutefois, n'est pas la pure propriété de la psychologie ; il est intrinsèquement interdisciplinaire mais n'en correspond pas moins à la définition qu'en donnait Bourdieu : *« on sait que dans tout champ on trouvera une lutte, dont il faut chaque fois rechercher les formes spécifiques, entre le nouvel entrant qui essaie de faire sauter les verrous du droit d'entrée et le dominant qui essaie de défendre le monopole et d'exclure la concurrence. Un champ [...] se définit entre autres choses en définissant des enjeux et des intérêts spécifiques, qui sont irréductibles aux enjeux et aux intérêts propres à d'autres champs [...] et qui ne sont pas perçus de quelqu'un qui n'a pas été construit pour entrer dans ce champ [...] tous les gens qui sont engagés dans un champ ont en commun un certain nombre d'intérêts fondamentaux, à savoir tout ce qui est lié à l'existence même du champ »* (Bourdieu, 1984/2002, pp. 113–115).

Eclaircissons d'emblée l'endroit où cette H.D.R. me situe, à savoir en tant que nouvelle entrante souhaitant faire sauter deux verrous : celui d'une dominance des conceptions sur les organisations nées dans la sphère anglophone et par conséquent ignorantes pour une immense majorité de corpus français plus subversifs car à la fois plus politisés et plus ouvertement psychanalytiques, mais aussi celui du point aveugle de la clinique institutionnelle s'agissant des dimensions concrètes de la direction et de la gouvernance des établissements. Si l'idée d'une extension du domaine de la lutte pour la mémoire vivante de la psychothérapie institutionnelle n'est pas une idée nouvelle - le frère de Jean Oury, Fernand Oury, ayant avec Aida Vasquez (1967) pensé une émancipation des élèves à l'école en même temps que l'essor des thérapies émancipatrices en psychiatrie -, c'est l'orientation que je propose de donner à cette extension que je peux affirmer n'avoir vue nulle part ailleurs : la psychothérapie institutionnelle n'était pas qu'une théorie du soin institutionnel, mais bien plutôt l'un des corpus

les plus novateurs sur l'organisation des collectifs humains. Cette affirmation pose et me posera certainement longtemps une difficulté épistémique stimulante, puisque certains auteurs férus de psychanalyse dans le champ organisationnel, comme Otto Kernberg, ont pu remettre en cause ce que la psychothérapie institutionnelle – à l'anglaise, c'est-à-dire se référant aux communautés thérapeutiques – tendait à perpétuer comme illusions épistémiques et pratiques dans les grands groupes :

« L'application d'un modèle du fonctionnement institutionnel qui associe la psychanalyse et la théorie des systèmes ouverts aux modèles de psychothérapie institutionnelle (therapeutic community) (cf. Main, 1946) illustre les limites de l'utilisation de l'analyse des grands groupes. Le cadre de la psychothérapie institutionnelle comporte un danger considérable. L'exploration ouverte de tout le champ social, dans lequel les patients et le personnel interagissent, en analysant le contenu des communications qui émergent dans la réunion institutionnelle, peut se transformer en un déni messianique de la réalité si le groupe tombe sous l'emprise d'un leader avec une personnalité narcissique et paranoïaque. [...] De la même façon, le groupe, tout comme le leader, ont la grande et constante tentation de transformer la confiance et l'ouverture en un esprit messianique groupal, que le groupe soit dépendant ou constitué de pairs, ou encore qu'il soit un grand groupe qui a trouvé un leader narcissique et une idéologie rassurante et simpliste. [...] Nous trouvons ici un effet paradoxal du point de vue que la psychanalyse offre sur l'inconscient dans les institutions : les programmes les plus profonds, cachés, de l'institution apparaissent dans les communications verbales lors de réunions en grand groupe. Mais il y a là une illusion. L'accès immédiat à une compréhension de questions fondamentales ne garantit pas qu'elles seront résolues » (Kernberg, 2006).

Ma tentative, donc, connaît ses propres limites. On y trouve au premier rang le risque autarcique lié à la fétichisation de tout corpus théorico-pratique, mais aussi une vigilance

épistémologique permanente quant à l'impossible traduction totale des discours en actes – et inversement. Cependant force est bien de constater, comme je l'avais déjà fait dans ma thèse, que les travaux actuels en psychologie du travail et en sciences de gestion, et plus largement aujourd'hui les préoccupations sociétales quant au soin à apporter aux soignants et l'attention à porter aux métiers du *care*, donnent a posteriori raison à la psychothérapie institutionnelle d'avoir conçu un corpus pratique, méthodologique et théorique pour « soigner les institutions ». Il n'en reste pas moins ce dilemme brûlant : perpétuer la tradition de la P.I. sans la changer reviendrait à conserver son caractère alternatif et subversif, mais risquer par là-même de n'être plus entendable et de faire face à moult défenses individuelles et sociales visant à écraser ce qu'ouvre une réflexion sur la transversalité organisationnelle. D'un autre côté, utiliser les concepts de la P.I. sans pour autant « en faire », autrement dit s'autoriser un usage de son héritage plus proche de la conception initiale du rapport de ses auteurs à son corpus – ne pas le fétichiser afin d'éviter des mouvements mortifères – mais de plus en plus détaché des conditions qui l'ont vu naître, revient nécessairement à ne plus pouvoir utiliser ce vocable (du fait du changement de champ que ce mouvement implique), au risque toutefois de participer à son oubli.

Définir le champ de la clinique organisationnelle d'abord par son objet, l'organisation, et le mouvement par lequel il est appréhendé (l'aller « au plus près de ») acte donc ce décalage dans la filiation, et permet d'éviter à la clinique organisationnelle de se constituer comme sorte de sous-discipline de la psychanalyse, à l'instar du terme de « psychanalyse organisationnelle », présent en sciences de gestion (Arnaud et al., 2018). Considérer que l'on peut regrouper des efforts de recherche sous le terme de « clinique organisationnelle » permet non seulement de traiter les organisations à la manière d'entités vivantes mais aussi d'étudier cliniquement leurs produits, plus traditionnellement situés dans le champ de l'anthropologie, de la sociologie des organisations ou des sciences du management et de la gestion. Il s'agit au fond d'affirmer que

l'on peut tenir compte, au niveau organisationnel des structures étudiées, du fait que tout est symbole et peut être analysé et utilisé comme tel dans les échanges sociaux. Cette idée prolonge dans un même mouvement le rapport psychanalytique au langage et l'intérêt de la P.I. pour l'analyse des organisations collectives, en le connectant en complément aux avancées de la psychodynamique des systèmes concernant les défenses sociales contre l'anxiété (Krantz, 2010; Jaques in Lévy, 1965; Menzies, 1960). Elle donne également me semble-t-il des boussoles pour l'action dans les groupes de travail réels – c'est en tout cas ce que je tenterai de montrer dans ma troisième partie.

Mon intention épistémologique et théorique ne tient pas, néanmoins, d'un syncrétisme qui ignorerait les provenances différentes des concepts que j'utilise. J'aspire plutôt à pouvoir construire, avec d'autres, une théorie rhizomique, c'est-à-dire a-centrique (Deleuze & Guattari, 1980) : elle pourrait avoir un objet d'étude, à savoir les organisations et institutions, sans avoir de centre théorique qui serait son identité propre ; elle s'appuierait sur des prérequis psychanalytiques, politiques et pratiques à la fois, notamment celui de la désaliénation, qu'elle pourrait ériger au rang d'objectifs sans pour autant que son système conceptuel tourne autour d'eux et qu'ils deviennent des impératifs moraux – celui-ci les produirait plutôt comme *effets*. L'ambition de penser en plusieurs langues et courants se déduit de ce constat qui ne peut qu'attrister les cliniciens institutionnalistes : la psychosociologie française, la psychanalyse des groupes, la psychothérapie institutionnelle et tous les courants de langue anglaise, bioniens ou kleinien, ayant mené à la psychodynamique des systèmes ont eu une connaissance plus ou moins grande de l'existence des autres (parfois inexistante, malheureusement), mais ne se sont pour autant que peu cités et fertilisés les uns les autres. La psychothérapie institutionnelle se méfiait des approches de psychanalyse appliquée et n'utilisait que peu les apports de la psychanalyse des groupes ; cette dernière, par exemple chez Kaës, disait quant à elle clairement qu'elle relevait d'un autre champ que celui de la psychosociologie (Kaës, 1999) ou qu'elle ne

pouvait traiter des aspects des groupes réels que furtivement par rapport à ses élaborations métapsychologiques (Kaës, 2015a) ; la psychosociologie elle-même s'intéressait à la psychanalyse des groupes, tout en admettant des dissensions importantes avec elle au sujet de la « couche » du fonctionnement groupal dont il fallait privilégier l'étude (Amado, 2013; Anzieu & Enriquez, 1999), d'autant que la psychanalyse groupale ne partageait pas sa référence à la psychologie sociale et aux travaux de K. Lewin ; la psychodynamique des systèmes quant à elle reconnaît travailler avec l'apport des œuvres kleinienne et bionienne, voire de la psychosociologie (Petriglieri & Petriglieri, 2020), mais est restée ignorante, du fait des difficultés de traduction que j'ai décrites plus haut, de la psychanalyse groupale lyonnaise ou des élaborations de la psychothérapie institutionnelle.

Pourtant, certains concepts provenant de la psychodynamique des systèmes se révèlent particulièrement heuristiques, car remédiant à un impensé français : si l'anthropomorphisation de l'organisation est une hypothèse nécessaire (ainsi que le pensait Enriquez, 1993) dès lors que l'on suppose que celle-ci doit lutter contre des angoisses qu'irrépressiblement elle génère, il ne semble pas possible d'étirer à l'infini des concepts issus de la cure-type pour les « appliquer » au champ organisationnel. Les mécanismes de défense, par exemple, peuvent-ils tous être adaptés à la vie institutionnelle à partir de leur désignation au cours d'analyses individuelles ? A la condition de ne pas tenter de les attribuer à des sujets en particulier, mais plutôt de se référer à la logique winnicottienne du jeu - dans laquelle il devient à un certain point inutile de demander à qui appartient le contenu formé durant l'interaction -, peut-être. Toutefois, l'arsenal de mécanismes de défense que connaissent bien les cliniciens d'orientation analytique n'est pas suffisant pour repérer ce qui des processus défensifs s'insinue, pour s'exprimer, à l'intérieur même des outils de l'établissement et des processus organisationnels.

Que penser, sans tomber dans une dénonciation immédiate annulant l'analyse clinique au profit d'une focale politique, et comment parler, alors, du fait qu'un protocole peut être

introduit dans un service après plusieurs « événements indésirables graves » (EIG) dans l'espoir messianique d'une équipe de se prémunir contre le sentiment de faute et de culpabilité ? Comment penser la gestion financière non seulement au prisme de la rationalité économique (que l'on y adhère ou qu'on la dénonce), mais aussi en fonction de ce que l'injection de moyens peut venir fantasmatiquement réparer d'un système hospitalier abîmé, sorte de bon objet dont la dégradation nous est insupportable ? Pourquoi ne pas questionner la création de postes managériaux à partir de l'angoisse que l'auto-gestion peut générer tant chez les dirigeants que chez les agents eux-mêmes ? Les travaux d'Isabelle Menzies Lyth puis de James Krantz (Krantz, 2010; Menzies, 1960) sur les défenses sociales sont essentiels à mobiliser pour approfondir ce que la clinique groupaliste et institutionnaliste française avait repéré sous le terme d'alliances inconscientes (Kaës, 2014) : les groupements humains sont saturés par les angoisses contre lesquels ils luttent ; la multiplication des modalités de lutte, toujours prises dans des contextes socio-culturels changeants, mérite toute l'attention des cliniciens intéressés par la vie des institutions afin d'affiner leurs analyses et diagnostics et se situer, selon les mots de Lacan, à l'horizon de la subjectivité de leur époque.

La notion de contre-transfert institutionnel qu'a développé la P.I. ainsi que les élaborations d'Enriquez, qui écrivait déjà en 1993 que les organisations devraient, afin de s'assurer la fidélité de leurs employés, créer un imaginaire social leurrant destiné à ce que les professionnels s'y attachent et soient performants en son nom, permettent également d'introduire dans le corpus français le concept essentiel d'« institution-in-the-mind », que je propose de traduire par « institution internalisée ». L'idée d'une institution internalisée chez Shapiro et Carr (1991) ou d'une « organisation internalisée » chez David Armstrong (dont les premiers travaux à ce sujet remontent aussi aux années 90), consiste à prendre au mot la définition kleinienne de l'objet interne (Klein, 1940) pour considérer que l'institution en tant que telle, c'est-à-dire telle que connue et fantasmée par tout patient ou tout professionnel, fait

partie des objets de son monde interne et devient, elle aussi, source et actrice de ses fantasmes. Si cette affirmation paraît s'éloigner de la conception classiquement utilisée en psychanalyse de la notion d'objet interne chez l'enfant, elle repose pour moi sur un extrait du *Deuil et ses relations avec les états maniaco-dépressifs* (1940) où Mélanie Klein faisait une précision de grande importance au sujet des objets internes :

« *Après avoir été intériorisés, les gens, les choses, les situations et les événements [je souligne] – tout ce monde intérieur en train de s'édifier – deviennent inaccessibles pour le jugement et l'observation précise de l'enfant et échappent à la vérification perceptive, à laquelle on peut recourir lorsqu'il s'agit du monde tangible et palpable des objets ; ce fait explique la nature fantastique de ce monde intérieur. Doutes, incertitudes et angoisses s'ensuivent et ne cessent d'inciter le petit enfant à pratiquer observations et vérifications sur le monde des objets extérieurs dont le monde intérieur procède ; c'est ainsi qu'il obtient une meilleure intelligence de celui-ci.* »

Les « situations » et les « événements » du monde réel ou « domaine expérientiel » (Sandler, 1990) pouvaient donc, au sens de Mélanie Klein, être intériorisés au même titre que les « gens » et les « choses ». Le pas théorique et clinique consistant à considérer que « l'institution » pouvait elle-même devenir un objet interne a de ce fait été franchi par les continuateurs anglophones de l'œuvre de Klein, qui se sont fortement orientés vers la place essentielle de l'expérience émotionnelle dans la constitution d'une telle entité :

« *Travailler de manière analytique dans les groupes — ou, comme je veux le suggérer, dans les organisations — consiste à utiliser sa sensibilité à l'expérience émotionnelle présentée dans de*

tels contextes comme un moyen pour chercher à comprendre, formuler et interpréter la relation de l'individu avec le groupe ou l'organisation » (Armstrong, 1997/2005)³⁰

Cette sensibilité à l'expérience émotionnelle pourrait permettre de comprendre que s'agrègent, dans notre monde interne, de multiples situations et événements qui amènent, au quotidien, les professionnels soignants à parler d'une « institution » dont ils ne situent pas précisément les contours mais à qui ils peuvent prêter – je l'ai mentionné plus haut – des intentions malfaisantes. Ce concept d'institution internalisée est à distinguer de ce que certains collègues ont développé au sujet des « institutions internes » des patients (Bittolo, 2007b; Pinel, 2002), plutôt comprises comme les réseaux d'échanges entre figures introjectées, puis projetées dans la réalité institutionnelle où le patient est accueilli.

Ainsi le « monde intérieur » des organisations, compris cette fois non plus au sens anthropomorphique d'une organisation-entité dotée de conscience, mais bien d'articulations de mondes imaginaires et d'ambiances qui diffèrent dans leurs présentations selon les services visités, constitue un champ de recherches vaste pour la psychologie clinique si l'on ne se borne pas à l'impression première d'organisations unifiées (sorte de « roc imaginaire » équivalent au Moi chez Assoun, 1983). La psychologie clinique, tant qu'elle touche aux objets organisationnels et établissementaux qu'elle rencontre en toute conscience du fait qu'elle s'intéresse à leur part symbolique en plus de leur part concrète, peut proposer une autre approche que celle des sciences de la gestion, focalisée sur la science des réseaux humains plutôt que sur la science du travail concret de gestion à accomplir, en postulant que la première détermine considérablement la seconde. A l'heure où certains chercheurs définissent, avec une proximité bien maniée au concept initial de transfert, le leadership comme « une forme

³⁰ La citation initiale est formulée ainsi : “To work analytically in groups—or, I want to suggest, in organizations—is to use one’s alertness to the emotional experience presented in such settings as the medium for seeking to understand, formulate, and interpret the relatedness of the individual to the group or the organization”. (Armstrong, 1997/2005).

d'amour »³¹, il semble que la science des organisations ait tout à gagner à laisser entrer la clinique dans son royaume afin de bénéficier de son double regard et de sa double écoute, mais aussi que la clinique fasse le pari de l'aventure en ce nouveau territoire.

1.4. En somme

La logique que je propose d'adopter est une logique de champs multiples partiellement imbriqués entre eux. La psychologie, en tant que discipline, peut être considérée comme un champ spécifique, avec ses traditions, ses orthodoxies et hétérodoxies, ses éléments centraux et périphériques, déterminants des façons pour les chercheurs de faire science à partir des normes qui structurent le champ. Sa logique permet de rendre compte, pour qui s'oriente dans ce champ avec la psychanalyse, des processus psychiques structurant les institutions, mais elle ne suffit pas, seule, à penser les organisations dans une globalité et une singularité cliniques.

Proposer ainsi que je le fais de comparer rapidement quelques courants pertinents pour comprendre les institutions et les organisations n'a pas pour but premier de résumer ces courants à l'aune de paramètres du reste discutables. Je souhaite plutôt soutenir que chacun de ces courants, parce qu'il n'utilisait pas à plein l'ensemble des paramètres en question (psychanalytique, politique, pratique et organisationnel) – cela n'est d'ailleurs pas possible à l'échelle d'un courant unique – a cheminé avec un point aveugle qui n'a que très peu été mis en relation avec les points aveugles des autres. Pourtant, il me semble qu'à chaque fois le point aveugle des courants précités concerne le même élément, à savoir l'interaction entre la tâche réelle que l'ensemble intersubjectif de type « collectif de travail » ou « équipe » doit accomplir

³¹ L'expression a été popularisée par G. Petriglieri, figure de proue des systèmes psychodynamiques contemporains, dans une vidéo expliquant ses derniers travaux : <https://www.youtube.com/watch?v=9UNey2CS4Lk>. Consulté le 15 juin 2024.

et les relations que les membres du groupe structuré ainsi entretiennent entre eux – ce que, là aussi rapidement, il est possible d'appeler « organisation ». Une fois cette interaction placée comme question centrale, l'objet de l'étude peut changer : il ne s'agit plus des structures stables produites par les processus d'institution ou du pur mouvement instituant et des fantasmes qui le structurent, mais des formes de causalité circulaire entre les éléments concrets, symboliques et fantasmatisés de la tâche à accomplir et les éléments, eux aussi concrets, symboliques et fantasmatisés des relations de groupe. Lorsque l'objet d'étude concerne ces interactions sous forme de causalité circulaire, alors l'appartenance disciplinaire n'est plus aussi importante qu'auparavant, et de nouveau la logique de champ prévaut : il existe un lieu intellectuel dans lequel, de façon implicite et même lorsqu'ils entretiennent entre eux des débats apparemment insolubles, tous les auteurs s'accordent à dire que l'objet étudié mérite de l'être, et qu'il est par conséquent le centre de leurs travaux et de leurs discussions. C'est ce lieu intellectuel que je propose d'appeler champ de la « clinique organisationnelle » ; je le nomme ainsi tout en rappelant que je ne le « crée » pas, parce que cette proposition de regroupement sous forme de champ n'est qu'une manière de faire de la science, non une réalité scientifique intangible. Et de cette façon de faire de la science, du point de vue épistémologique, j'attends des fertilisations conceptuelles différentes propres à une logique interdisciplinaire focalisée sur l'objet, en minimisant le risque toujours présent d'une logique disciplinaire instituée protégeant ses traditions.

Dans ce champ que je circonscris à la façon d'un exercice de pensée, je considère donc que les quatre courants que j'ai mentionnés et dont j'ai rapidement esquissé les points aveugles sont les plus pertinents, du point de vue de la chercheuse en psychologie que je reste malgré mes tribulations conceptuelles, pour comprendre l'objet central que sont les interactions entre la tâche à accomplir et les relations mobilisées pour ce faire et impactées en retour par son déroulement. J'y prends le même parti que Gilles Amado au sujet des « groupes opérationnels

et processus inconscients » (Amado, 1999) : je fais, comme lui, le constat qu'il y a encore « peu de travaux cliniques sur les groupes opérationnels », à tel point que les sciences du management et de la gestion ont trouvé une large place là où les cliniciens l'avaient laissée ; j'admets, ainsi qu'il le faisait déjà dans cet article de 1999 publié dans la *Revue française de psychanalyse*, que les « groupes opérationnels représentent à la fois un foyer d'anxiétés, un lieu de valorisation narcissique et un carrefour de stratégies » (p. 910), et je souhaite profiter de la littérature conséquente qui nous a été transmise en psychologie mais aussi en sciences de gestion pour étudier ces interactions entre tâche à accomplir et relations - entre éléments matériels, fantasmatiques et symboliques des organisations -, pour contribuer à leur processus d'asepsie et limiter leur pathoplastie. En formulant mon apport ainsi, je ne peux que redire la modestie de ma contribution - qui est avant tout une *proposition* épistémologique -, mais aussi mon ambition, celle de dresser un pont entre corpus scientifiques malheureusement trop éloignés à ce jour du fait de leurs objectifs différents quant aux organisations elles-mêmes (Amado, 1994).

Si l'étude psychanalytique des organisations peut accommoder les chercheurs usant de concepts pour expliquer ce qu'ils voient et expérimentent, et si la psychanalyse des organisations permet aux consultants de penser une action transformatrice, l'absence de corpus théorique appartenant directement aux professionnels en situation de gouvernance car construit depuis leurs pratiques dessine un endroit où un travail non seulement de coopération, mais bien de co-construction du savoir, peut advenir. Les professionnels dirigeants des établissements publics ou privés n'ont plus nécessairement le temps ni la possibilité de se constituer comme ethnographes du proche étudiant leurs propres pratiques, coincés entre appartenance corporatiste nécessitant de taire certaines vérités du quotidien et hyperspécialisation des différents domaines de direction des hôpitaux. La constitution de « collectifs hybrides » de recherche (Souchard & Bonny, 2015) travaillant à une mise en recherche au plus près de la pratique elle-même, fonctionnant par allers-retours, éminemment abductive et tenant compte

de l'après-coup caractéristique de la pensée clinique, apparaît donc comme la seule voie possible pour investiguer ces phénomènes organisationnels. Car une clinique organisationnelle implique un positionnement intenable pour le pur chercheur comme pour le consultant : il s'agit d'assumer de n'avoir ni une réponse pratique ni la certitude scientifique (Lourau, 1970 proposait que la découverte principale de la psychanalyse était précisément celle du non-savoir comme règle universelle de l'action), et à la place œuvrer pour que les conceptions théoriques tirées de la pratique de l'organisation des établissements et des collectifs aient une utilité véritable et contribuent à la déconstruction de l'aliénation de ceux et celles qui (s')organisent. Les recherche-actions, ensemble hétérogène sur lequel je reviendrai dans la section suivante, ont été pensées et éprouvées comme les méthodologies permettant cet aller-retour théorico-pratique, seul à même d'extraire le chercheur de la quête de certitude et le praticien du « culte de la performance » (Hamant, 2023). Je souhaite à ce titre, dans les développements à suivre, m'arrêter sur un positionnement particulier du clinicien institutionnaliste étudiant les organisations.

Ce positionnement s'intègre dans la catégorie des « méthodologies de la proximité » (Paillé in Dorvil, 2007), mais propose d'y apporter quelques décalages essentiels : l'orientation de la proximité sur l'expérience vécue des interviewés, et non les interviewés eux-mêmes, et l'usage pour ce faire de processus d'identifications croisées brouillant momentanément les frontières entre chercheurs et professionnels de terrain pour promouvoir l'apprentissage par l'expérience. Je reprendrai à ce titre une expression du travail d'H.D.R. de Mickaël Campo, qui m'a fait la confiance de me l'envoyer peu après mon arrivée au laboratoire : « Le questionnement de double identité n'est plus. Celle de chercheur de terrain est une évidence » (2020, p. 14). C'est à partir de cette évidence ressentie dès mon travail de thèse, où je lui dédiais déjà quelques paragraphes, que je souhaite accompagner mes propositions théoriques d'une proposition méthodologique invitant le clinicien-chercheur à utiliser des méthodologies de la

proximité, essentielles à ce que tout contact avec le terrain (enquête ethnographique et recherche-action) puisse véritablement contribuer à un mouvement théorico-clinique qui ne disjoigne pas les deux aspects en les répartissant arbitrairement entre des métiers identitairement distincts. Ma proposition tentera d'aller jusqu'aux mécanismes d'identifications croisées entre chercheurs et acteurs qui les rendent si puissantes, et en font émerger des données qualitatives d'une profondeur difficile à acquérir autrement.

2. Proposition méthodologique : D'un certain style de présence sur le terrain en psychologie. Les identifications croisées au service des « méthodologies de la proximité »

Aller du côté du positionnement du chercheur tente de répondre, à partir de ce que j'ai vécu maintes fois dans mes propres travaux de recherche (avec ce qu'ils impliquaient parfois de pratique psychologique ou de conseil), au problème suivant : à quoi se raccrocher lorsque, dans des recherches au long cours, le cadre normatif différenciant nettement les types de méthodologies qualitatives explose au contact de la réalité de terrain ? Qu'est-ce qui, dans les fluctuations entre simple recueil de données et implication du chercheur dans des processus de transformation organisationnelle, permet à celui qui cherche de produire de la *science*, autrement dit de produire un discours et des écrits sur son objet qui ne cèdent pas à la tentation, toujours *a posteriori*, de réduire à des cases méthodologiques (enquête de terrain, recherche-action) la « science en train de se faire » (Blanchard & Wenden, 2008) ?

Souvent, en effet, et de plus en plus au fur et à mesure de mon parcours, ce que je concevais comme une distinction nette entre enquête de terrain et recherche-action s'est trouvé remis en question par la façon dont les milieux que j'enquêtai réagissaient à ma présence.

L'enquête de terrain postule une entrée et une sortie du terrain en question, un recueil à chaud, sur le vif et une analyse plus à froid, au fond une prise contrôlée du chercheur par le terrain mais un dégagement possible voire nécessaire, car considéré comme un préalable à toute réflexivité analytique. J'ai travaillé ainsi durant ma thèse et ai donc expérimenté une première façon relativement orthodoxe de faire de la recherche dans le grand champ des sciences humaines et sociales (même si plus hétérodoxe au niveau du champ de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique), au moyen de références classiques des méthodologies d'enquête de terrain (Bourdieu, 2003 ; Beaud et Weber, 2017). Mon travail à Clermont-Ferrand, intégrant des compétences de mon métier de psychologue, de mon métier de jeune chercheuse mais aussi des demandes de conseil, a quant à lui nécessité que je me raccroche aux méthodologies de recherche-action dites « coopératives » (Allard-Poesi & Perret, 2003; Souchart & Bonny, 2015), qui se soutiennent de la constitution de ce « collectif hybride » de recherche incarné à l'époque par l'animation de groupes de travail ressemblant aux premiers *focus groups* lewiniens (Lewin, 1947) en collaboration avec deux autres professionnelles de l'hôpital (une attachée d'administration hospitalière et une assistante sociale, toutes deux choisies pour leurs capacités d'animation des groupes). Plonger dans le monde épistémologique et méthodologique complexe de la recherche-action m'a amenée à la proposition à la Fédération Hospitalière de France d'un travail conjoint autour de leur applicabilité au management hospitalier et à la rédaction d'une synthèse typologique, évoquée plus haut, des différents courants de recherche-action³².

Ces deux premières expériences, ainsi que la conduite de terrains post-doctoraux en psychiatrie avec Lise Demailly (interrompus par la pandémie de COVID-19), me semblaient suffisamment différenciées pour que tienne encore, à mes yeux, la distinction pédagogique

³² Celle-ci a été intégrée et mise en discussion dans le « Cahier technique sur le management participatif et collaboratif » sorti en 2023.

souvent faite entre les grandes méthodologies qualitatives, ce qu'elles permettent comme recueil de données, ce qu'elles impliquent comme place pour le chercheur et ses interviewés, et ce qu'elles comportent nécessairement comme limites. Mais plusieurs expériences étonnantes et plus récentes ont troublé ce qui auparavant m'apparaissait si clairement distinct, et ont nécessité que je remette en question mes évidences méthodologiques préalables. Il y a tout d'abord eu l'évolution d'une enquête de terrain (projet VIRALH-19) en travail de co-réflexion avec des directeurs et directrices d'hôpital en grande difficulté, qui s'est illustrée par le déplacement progressif de séances de *focus groups* axées sur leur vécu de la crise COVID en un dispositif groupal visant la catharsis et l'alphabetisation (au sens bionien du terme, donc la transformation d'éprouvés bruts en pensées tolérables) de leurs contenus affectifs. Il y a aussi eu, en 2022, la transformation du contenu d'un projet financé (projet RINHO-19, initialement porté sur des *focus groups* de professionnels soignants afin d'objectiver un vécu différencié de la pandémie en fonction des secteurs professionnels d'appartenance) après des retours issus d'immersions dans des congrès de directeurs, car j'avais entendu à la fois leur préoccupation pour la fidélisation des professionnels et leur désir de ne plus s'attarder sur les conséquences de la pandémie telles que je souhaitais encore les investiguer. S'y sont ajoutés des projets mêlant recherche et pratique à des degrés difficilement estimables tant elles étaient intriquées, avec le projet CARE-DH et l'organisation de groupes de co-développement (Payette et Champagne, 2005) expérimentaux avec les élèves-directeurs d'hôpital de l'EHESP, ou encore mon immersion, en tant que praticienne et docteure en psychologie (cette précision m'a été faite lors de mon arrivée), aux côtés d'un staff de sport collectif d'élite en grand besoin d'accompagnement collectif et individuel. Ces expériences m'ont posé une question de fond, permettant de retourner à l'essence de la clinique au travers d'autres ressources comme l'idée du « public » et de ses « problèmes » structurant la conception de la politique et de l'enquête de John Dewey (1927/2010) : est-ce véritablement la stratégie méthodologique du chercheur

telle qu'il la pensait avant-coup qui se déploie, dans les faits, sur le terrain ? Le chercheur peut-il, après un étonnement venant du terrain, accepter de transformer sa question de recherche afin de prendre pour question les problèmes de son public, autrement dit de plier l'enquête aux exigences de son objet ? Et si sa question de recherche se modifie, cela n'implique-t-il pas d'emblée une évolution du dispositif méthodologique, quitte à ce que sa forme nouvelle ne lui apparaisse clairement que dans l'après-coup ? Au fur et à mesure que les dispositifs de recherche et de pratique que je coordonnais se laissaient modifier par les populations concernées (sans pour autant que nous menions consciemment une action ensemble), j'ai donc tenté de m'échapper de la tendance à rationaliser *post-hoc* les modalités de recherche utilisées, puisqu'il semblait que c'était la réaction des différents milieux « enquêtés » à mes propositions qui donnait à mes travaux leur forme finale.

La question qui me restait était de percevoir et de décrire ce qui « tenait » encore de mon propre positionnement de chercheuse de terrain lorsque tout autour semblait incertain et mouvant. Les cliniciens connaissent bien ces façons de se faire le médium malléable de l'autre pour théoriser ce qui, de la trace qui est laissée en nous, peut nous dire quelque chose des processus psychiques d'autrui. Mais de ma propre place, ayant jusque-là utilisé des méthodologies non-strictement cliniques comme l'enquête de terrain et la recherche-action, la question méritait d'être posée : comment conjoindre l'usage de ces façons de faire de la science avec la modification récurrente de la méthode au contact des sujets de la recherche, grâce à eux et pour eux ? Comment rendre compte de la façon dont ils s'approprient chemin faisant la question du chercheur, et de l'organisation au long cours d'une forme de collaboration rhizomique autour d'un objet initialement dit « de recherche », puis modifié selon les véritables problèmes du public enquêté ?

J'inviterai mes lecteurs à considérer la partie suivante non comme une critique aux psychologues cliniciens, mais comme l'adresse d'une chercheuse en psychologie au large

champ des sciences humaines et sociales auquel elle a emprunté des méthodes, et auquel elle souhaite à présent offrir un retour. La proposition méthodologique que je souhaite développer est en effet intimement liée aux expériences de recherche que j'ai faites tout au long de mes projets, expériences dont mes publications n'ont jamais tout à fait pu restituer les enjeux cruciaux (mais cela n'est-il pas inévitable, puisque le langage ne peut *pas tout* dire ?). Qu'un chercheur puisse être touché, au propre comme au figuré, par ses interviewés, paraît acceptable et dicible ; qu'un chercheur puisse ressentir le sentiment océanique dont parlait Freud au sujet des foules (Freud, 1921/1981) lorsqu'il vient à la rencontre des institutions dont il se préoccupe est bien plus inélaborable, et donc intransmissible. Il m'a fallu dès la recherche-action que j'ai conduite à Clermont-Ferrand me sortir, notamment grâce à des séances de supervision, de la mélancolie hospitalière qui s'imposait à moi comme ambiance générale d'un lieu, avec laquelle j'avais l'impression d'être en prise directe, et dont seules les rencontres que je faisais (avec des enquêtés, des partenaires et des collègues pleins d'élan vital) me permettaient de m'extirper. Lorsque le chercheur vit ce sentiment océanique, que vit-il vraiment ? Avec quel contre-transfert est-il aux prises ? Car si les travaux sur le contre-transfert ont dès le départ bien distingué les aspects de ce qui revient à l'analyste et ce qui du patient vit dans l'analyste et demande à être élaboré (Heimann, 1950), il reste encore à savoir comment penser les choses dans la clinique organisationnelle lorsque le chercheur est face à une intuition, à la perception d'une *Gestalt* qui s'impose à lui et lui permet *une certaine forme de savoir* (Kump, 2022) que le reste de ses interactions ne lui donnent pas à connaître comme telle. Je reprendrai à mon compte les réflexions de psychiatres inspirés par la psychothérapie institutionnelle et leur ambition d'analyser les phénomènes institutionnels : « *Notre tâche devient d'articuler en un langage éphémère et cependant libérateur, notre effort de saisie de la réalité institutionnelle* » (Chanoit et al., 1966). A partir de cette prudence consistant à rappeler que toute saisie de la réalité transcendante d'une institution ne peut se faire que de façon temporaire, ces auteurs n'en

étaient pas moins mus par une volonté de se libérer, en articulant correctement les phénomènes au travers de la langue, de l'effet de la réalité institutionnelle vécue et ce, *en même temps* qu'ils la vivaient. Comment donc, en tant que chercheur et plus en tant que praticien, rendre compte de qui est vécu par autrui, a fortiori lorsque le travail que fournit autrui n'est pas conscientisé comme un travail (je pense ici à l'ensemble du travail émotionnel fourni par les directeurs d'hôpital, dont je rends compte dans Haliday, 2024b) ?

Il s'agit de formaliser la spécificité d'une méthode d'investigation qui permette de donner toute sa place à l'originalité des phénomènes institutionnels, jusqu'à l'idée d'une *institution-in-the-mind* vivant dans l'esprit des professionnels rencontrés ; méthode qui oserait pousser jusqu'au bout les propos d'Edgar Morin dans un article déjà ancien au sujet de l'entretien, lorsqu'il écrivait que dans le contexte d'une enquête, qu'il fallait que « *l'interviewé ressente un optimum de distance et de proximité, et également un optimum de projection et d'identification par rapport à l'enquêteur [...] Finalement, on voit que plus la personne de l'interviewé a de l'importance dans l'interview, et elle est toujours plus importante lorsqu'on veut aller plus profond, plus la personne de l'intervieweur est importante* » (Morin, 1966, p. 64, je souligne).

Dissenter sur ce sujet doit dépasser plusieurs écueils : un biais personnaliste tout d'abord, risque évident de la formulation de Morin qui ferait du chercheur en tant que personne singulière l'élément principal de réussite de sa recherche, ce qui reviendrait à abolir la nécessité même d'une méthode. Une fois la méthode préservée comme façon pour des chercheurs variés d'aller « plus en profondeur », il faut cependant aussi éviter de s'arrêter à l'idée d'un simple « partage » de l'expérience de terrain avec d'autres chercheurs des sciences sociales (Dasen, 2019), qui s'il est source de nombreux défis n'en reste pas moins un exercice de délimitation de ce que chacun apporte et retient du terrain en fonction de ses intérêts épistémologiques et de ses arts de faire méthodologiques. Mes propres travaux (Haliday & Demailly, 2021) ont tenté de témoigner de cet enrichissement mutuel, mais aussi de ce que chacun devait abandonner de

la rigidité de ses habitudes méthodologiques pour assouplir les frontières autour desquelles le travail commun advient. Un autre écueil qu'il s'agit de subvertir est celui de la dialectique entre proximité et distance, caractéristique de la dichotomie entre ethnographie lointaine et ethnographie « du proche ». Comment se libérer de la binarité de nos conceptions de la rencontre avec autrui, pour passer d'une catégorisation discrète (deux grandes catégories bien séparées l'une de l'autre, entre lesquelles le chercheur oscille) à une variation continue de modalités de contact et d'être-avec-l'autre, voire d'être-dans-l'institution ? C'est tout le sens, me semble-t-il, de la réflexion de Pierre Paillé sur les *méthodologies de la proximité* (Paillé in Dorvil, 2007; Paillé, 2011) dans la suite de laquelle je situe ici mes développements.

2.1. Entre distance du chercheur et ethnographie du proche : les méthodologies de la proximité

Paillé nomme ainsi des méthodes de recherche appuyées sur une logique de la proximité qui « *s'exerce au plus près des phénomènes qu'elle souhaite mettre en lumière, des acteurs qui les incarnent, des contextes qui les portent, mais aussi du chercheur qui les examine avec toute sa sensibilité théorique et expérimentielle* » (Paillé, 2011). Du point de vue méthodologique, je souhaite me référer à ses perspectives pour rendre compte du caractère heuristique des démarches d'immersion et de recherche-action que j'ai utilisées, et à la particularité du positionnement du chercheur clinicien lorsque son objet est l'institution ou l'organisation. Cette proposition tente de répondre à une obsession née de la plongée dans de multiples milieux institutionnels : comment rendre compte, en tant que chercheur, de *l'expérience* vécue – celle des populations d'étude et la nôtre -, qui implique que la « proximité » mise en avant ne soit pas une proximité aux interviewés, mais une proximité à l'expérience, qui apparaît là comme véritable objet de recherche ? La dynamique transféro-contre-transférentielle classique ne suffit

pas, la présence du social et du politique devant elle aussi être prise en compte – et ne pouvant pas l’être grâce aux seuls corpus psychologiques (Puget, 2016).

Du rapport entre distance et proximité il a de fait souvent été question dans les sciences sociales. Certains chercheurs ont pu parler de la proximité comme d’une « épreuve » pour le chercheur, notamment avec des populations socialement disqualifiées (Payet, 2011), ou faire état de leur répugnance à l’égard de leurs interviewés (Avanza, 2008). On retrouve parfois en psychologie une application directe de l’impératif de neutralité bienveillante dans le positionnement du chercheur, propre à laisser penser que dans sa démarche d’objectivation de la vie psychique, le chercheur pourrait produire une science qualitative à la rigueur égale aux sciences de la nature. Il me semble cependant que le binarisme entre distance et proximité qui structure la sociologie ou la psychologie lorsqu’elles souhaitent pouvoir faire état de leur volonté objectivante ne permet pas toujours de se poser les bonnes questions. Peut-être entend-on proximité et distance comme devant définir la relation entre deux entités : chercheur et interviewé chercheraient alors autant l’un que l’autre à se situer face à leur interlocuteur dans cette ambivalence entre une proximité qui fait vaciller les limites de Soi et une distance qui ne permet pas à la relation de se créer. Dans le cas de mes recherches, une similitude de milieux sociaux - d’abord de classe moyenne à l’époque de ma thèse, doublé du statut de « soignant » comme point commun avec mes interviewés du champ de la santé mentale, puis dans des milieux aisés, intellectuels, correspondant aux dominés de la classe dominante au sens de la classification bourdieusienne (Bourdieu, 1979) avec les directeurs d’hôpital - ont rendu mes démarches d’intégration assez fluides, apparemment « naturelles ». Je me suis cependant peu retrouvée dans des cas où *« l’étrangéité même de l’enquêteur [peut être] assignée par les enquêtés eux-mêmes, comme par nécessité de pouvoir se situer clairement dans une interaction rendue ambiguë par la « double appartenance » de l’enquêteur »* visant à ce que *« chacun [soit] à sa place, pour y voir clair. »* (Tafferant, 2019).

Les objets d'intérêt de mes recherches, et des plus récentes sur les DH en particulier, étaient par ailleurs toujours des objets « sensible[s] pour les interviewés » (Morin, 1966) eux-mêmes. Mes expériences de terrain ont souvent correspondu à ce que certains chercheurs en SHS ont pu décrire, à savoir des situations où le plus important de la recherche a lieu dans les espace-temps favorisés par une proximité conçue ni comme épreuve à surmonter, ni comme donnée de la recherche, mais comme construite d'une façon qui permette un contact authentique entre chercheurs et sujets, que Génard et Roca appellent des « *relations (fortement personnalisées) de proximité et de confiance* » (2010).

Pourtant, le vocable de « méthodologie de la proximité », au singulier comme au pluriel, ne fait remonter que 150 références francophones dans Google Scholar à l'heure où j'écris³³. Il est étonnant de constater que les quelques chercheurs qui le reprennent ne le problématisent pas, à l'inverse du nombre d'articles et chapitres d'ouvrages méthodologiques mettant en question la dialectique proximité-distance dans les SHS. Or il est possible, me semble-t-il, de subvertir quelque peu cette dialectique habituelle à partir des fondements du positionnement clinique. Cette idée de la proximité pour « sentir avec » est à mon sens l'une des caractéristiques essentielles de l'orientation clinique du regard et de l'écoute. Elle dépasse également la leçon essentielle des sciences sociales selon laquelle les interviewés ne font pas tout ce qu'ils disent, ni ne disent ce qu'ils font, nécessitant pour aboutir à des résultats rigoureux que convergent des éléments établis séparément (Passeron, 2006) par entretiens, observations et analyses de corpus indigènes. Car la logique de la proximité postule qu'il ne peut y avoir d'interprétation faite sans expérience, et que la connaissance doit y plonger ses racines.

³³ Au mois d'avril 2024. Il est à noter que des tentatives de traduire cette expression en anglais pour trouver des articles liés n'ont pas été beaucoup plus fructueuses, laissant de nombreuses questions ouvertes : pourquoi l'expérientiel devient-il rapidement de l'ethnométhodologie ? Comment est-il utilisé dans le monde anglophone ; de façon plus politique, peut-être ?

2.2. Subversion du « recueil » de « données » : la place de l'expérience vécue

Ainsi les recherches auprès de populations éloignées de ma propre formation initiale comme les directeurs d'hôpital ont-elles rencontré le fil de ma pratique de superviseur en interrogeant, elles aussi, le domaine existentiel de l'expérience en deuxième personne (Zahavi, 2001, 2015), autrement dit de l'expérience de l'expérience d'autrui. Dans ce cadre, « sentir avec » et construire une réflexivité sur une communauté d'expérience est la façon la plus certaine d'interpréter le matériel récolté de façon écologique, pertinente et juste par rapport à la situation. En me mettant « au plus près », au chevet (*kline*) des personnes et des phénomènes quotidiens, je n'ai pas souhaité uniquement démêler le vrai du faux, ce qui ressortit du discours et ce qui se passe dans le réel de l'action, ou encore distinguer ce qui relèverait d'une psychologie « naïve » - au sens de la sociologie naïve des interviewés à laquelle ne doit pas coller le sociologue dans son analyse (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 1968) – et de ce qui relèverait de la science psychologique. Il s'est bien plutôt agi, par le truchement de l'expérience partagée, de me mettre en position de proposer des mises en sens ou interprétations des phénomènes qui s'approchent autant que possible de la façon dont les vivent les protagonistes, autrement dit qui puissent être reçues et validées par eux comme justes (plutôt que vraies) sans pour autant leur paraître intégralement familières, au sens où elles n'appartiennent pas à leur sphère d'analyse du monde. Car la logique des méthodologies de la proximité, dans le champ de la recherche, revient au fond à postuler qu'il ne peut pas exister de compréhension du vécu authentique sans le truchement d'une véritable présence à autrui et au monde, autrement dit sans « apprentissage par l'expérience » (W. Bion, 1962/2003). L'apprentissage est ici conçu comme l'acquisition d'un savoir qui transforme le sujet au fur et à mesure qu'il découvre et agrandit par là le champ de ses connaissances, et qui lui permet d'interpréter les phénomènes du monde de façon pertinente car ce qui est appris est en prise

tant avec les marques de ses expériences passées que l'actualité de ce qu'il vit³⁴. Si la forme par laquelle un phénomène se laisse appréhender rappelle intuitivement d'autres situations connues, de nouvelles pistes de mises en sens s'ouvrent alors par analogie avec le semblable.

Ces « analogies avec le semblable » sont un autre nom de ce qui à mon sens fait le lit de l'apprentissage par l'expérience, à savoir l'usage d'« identifications croisées » (pour reprendre le terme de D.W. Winnicott in C. Marin & Worms, 2015). Avec elles, il me semble possible de défendre le caractère scientifiquement porteur de modalités d'enquête de terrain permettant de faire l'expérience de l'expérience d'autrui, dans un rapport du chercheur aux sujets de sa recherche qui assume son implication. Il s'agira de soutenir que seule l'implication permet de formuler les savoirs contenus dans des pratiques sans théorie de la pratique – les études en management étant souvent des recherches sur les effets des pratiques de management ou sur ce que ces pratiques devraient être et bien plus rarement sur ce qu'elles sont, au plus près des acteurs qui les « performant ». Mais je proposerai d'aller plus loin, en établissant que les identifications croisées entre chercheur et interviewés naissent de la possibilité pour le psychologue de lui aussi « faire du terrain », conçu comme un moyen de faire l'expérience de l'expérience d'autrui pour en retirer la matière affective et contre-transférentielle nécessaire à l'apparition de son objet et à l'interprétation de ses données.

Je plaide ainsi résolument pour que les chercheurs institutionnalistes pensent leur pratique de recherche comme des « enquêtes de terrain » qui, au sens pragmatiste de Dewey, se plient aux exigences de leurs objets (Dewey, 2014), et qui emboîtent le pas à l'enquête ethnographique

³⁴ Si les termes sont légèrement différents de la formulation initiale bionienne, ils n'en sont pas moins le prolongement. Bion parlait en effet de l'apprentissage par l'expérience comme conséquence de la capacité d'un sujet à tolérer la frustration allant de pair avec le principe de réalité, ou en ses termes, la rencontre, la conjonction entre une pré-conception et une réalisation. Pouvoir apprendre de l'expérience faite dans le monde nécessite de tolérer l'expérience – positive ou négative - telle qu'elle est, et non telle que nous voudrions qu'elle soit, condition sine qua non d'une pensée basée sur le réel et non l'omnipotence fantasmatique. On trouve un court passage à ce sujet dans un texte datant initialement de 1962, intitulé « The psychoanalytic study of thinking ». Lien vers le texte anglais : <https://terapia.co.uk/wp-content/uploads/2020/09/PEP-Web-The-Psycho-Analytic-Study-of-Thinking.pdf>.

en intégrant la nécessité d'une pluralité des sources et d'une analyse multi-niveaux des rapports entre intervieweur et interviewé (Beaud & Weber, 2017). Car si la psychologie clinique est bien située par les chercheurs comme une « pratique de terrain » (Fernandez & Pedinielli, 2006), on entend rapidement l'idée d'une pratique *sur* le terrain, même dans les recherche-actions que Fernandez et Pedinielli voient comme « science de la praxis exercée par des praticiens au sein de leur lieu d'investissement ». Les méthodologies de la proximité, dont les psychologues peuvent se saisir d'une façon spécifique, se soutiennent d'une démarche de pensée abductive (Peirce, 1998) utilisant l'intuition même dans des recherches organisationnelles (Kump, 2022) et assumant le caractère itératif de la pensée dans leurs modalités d'analyse des données (Morgan & Nica, 2020). Le pragmatisme philosophique de Dewey peut tout à fait servir de guide à une démarche clinique ouverte sur les SHS, dans le prolongement de l'esprit du texte princeps de Claude Revault d'Allonnes sur la démarche clinique (1989), de même que les références en sciences de gestion ou de méthodologues non-psychologues peuvent aider les chercheurs contemporains en psychologie à « penser leur pensée » en des termes qui la rendent partageable au-delà des limites disciplinaires.

Les outils de recherche que j'ai utilisés : entretiens semi-directifs et observations *in situ* caractéristiques de l'enquête ethnographiques ; dispositifs groupaux de types *focus groups* revisités par des auteurs anglophones référés à la psychanalyse (French & Simpson, 2010 ; Smit & Cillers, 2015), s'ils émergent à des traditions disciplinaires différentes, n'en sont donc pas moins au service d'une même *démarche clinique de l'enquête* sur les phénomènes institutionnels et organisationnels. Il s'agit pour moi de revenir au rôle « essentiel et ambigu » de la méthode tel que théorisé par Claude Revault d'Allonnes, dans un texte où elle assumait elle-même un premier intertitre disant le mouvement de transition « de la psychologie à la démarche clinique » que le chercheur se référant à la psychanalyse pouvait adopter pour faire science (1989). Elle situait, dans ce même texte, la rigueur scientifique propre à cette démarche non

dans une méthode ou un dispositif particulier, mais dans des exigences de rigueur qui, disaient-elle, se trouvaient remplies quand « elle [la démarche clinique] prend en compte *l'implication* du clinicien aux différents niveaux et aux différents moments de son travail [et] quand elle tente d'élucider la masse énorme d'*implicite* présente dans ses stratégies et ses dispositifs » (p. 31).

Ainsi, plutôt que de décrire les modalités concrètes de mes entretiens individuels ou de groupe, je souhaite m'arrêter sur l'une des « ficelles du métier » (Becker, 2010) du chercheur-clinicien faisant du terrain, en tant qu'elle me paraît tenir un dispositif de construction de connaissances propre à la démarche clinique conjoignant la prise en compte de son implication et la tentative d'élucidation de l'implicite derrière ce rapprochement *clinique*, au plus près de la vie psychique d'autrui. Je discuterai de ces processus psychiques en termes d'identifications croisées que le chercheur doit apprendre à repérer, faire émerger et utiliser afin de pouvoir, même lorsque son dispositif méthodologique tremble au contact d'un terrain imprévisible, conscientiser ce qui, *dans ses relations de recherche*, lui permet réellement d'obtenir une connaissance originale.

2.3. Derrière les méthodologies de la proximité : les identifications croisées

La psychologie clinique peut donc poursuivre le chemin théorico-pratique des méthodologies de la proximité et pallier la relative vacuité théorique dans laquelle les auteurs des SHS les ont laissées. En effet, rentrer de façon plus profonde dans ce qui fait la proximité nécessite des concepts touchant aux processus psychiques que ne possèdent pas les SHS en général, à moins de s'être intéressées au corpus psychanalytique. Car si les sciences de l'Homme dissertent des rapports entre proximité et distance à quelque objet ou personne que ce soit, on trouve peu de choses sur les inévitables rapports entre projection et identification comme processus psychiques sous-jacents à la sensation de « proximité ». Il s'agit donc de

théoriser une proximité qui ne soit ni abolition totale des limites ni simple témoin d'une ethnographie du proche, mais qui nous intéresse en tant qu'effet d'une recherche qui utilise les *phénomènes de rapprochement* pour obtenir, ainsi que le formulait Joëlle Le Marec, « *un certain type de savoir en sciences sociales [qui] n'est possible que par le partage risqué, mais résolument consenti, des enjeux des processus étudiés* » (2010, p. 101).

Les « méthodologies de la proximité » au sens de Paillé se structureraient donc, au fond, grâce à une expérience émotionnelle commune faite entre chercheur et interviewé, à partir de laquelle peuvent naître des « identifications croisées » consistant à « se mettre à la place de l'autre, et permettre à l'autre d'en faire autant » (Winnicott in Marin and Worms, 2015). Bien sûr, la question des identifications n'est pas pour autant neuve dans les sciences humaines et sociales. On en retrouvait une claire mention dès 1949 chez Lévi-Strauss : « *Le risque tragique qui guette toujours l'ethnographe, lancé dans cette entreprise d'identification, est d'être la victime d'un malentendu ; c'est-à-dire que l'appréhension subjective à laquelle il est parvenu ne présente avec celle de l'indigène aucun point commun, en dehors de sa subjectivité même. Cette difficulté serait insoluble, les subjectivités étant, par hypothèse, incomparables et incommunicables, si l'opposition entre moi et autrui ne pouvait être surmontée sur un terrain, qui est aussi celui où l'objectif et le subjectif se rencontrent, nous voulons dire l'inconscient. D'une part, en effet, les lois de l'activité inconsciente sont toujours en dehors de l'appréhension subjective (nous pouvons en prendre conscience, mais comme objet) ; et de l'autre, pourtant, ce sont elles qui déterminent les modalités de cette appréhension.* » (1949/2012).

La finesse de ce passage, en termes de justesse dans l'explicitation des processus psychiques en jeu, a sans doute contribué à ce qu'il devienne une boussole méthodologique bien connue en SHS. Il a en effet l'intérêt de circonscrire non pas deux termes à la relation de recherche (enquêteur-enquêté par exemple), mais bien trois : cette relation est en effet médiatisée par ce que Lévi-Strauss appelle le « terrain » de l'inconscient, que l'on peut situer

comme le lieu de l'expérience qui nous échappe, sauf à prendre cette expérience inconsciente comme objet et à la conscientiser – au risque de perdre une partie de ce qu'elle est au profit de ce que nous souhaitons en décrire.

La définition de l'identification en psychanalyse, que Levi-Strauss n'était pas sans connaître, la situe comme un processus qui peut toucher au registre de l'être ou au registre de l'avoir (Florence, 1978) ; dans tous les cas, elle se distingue de mouvements transférentiels³⁵, puisqu'elle consiste en l'assimilation d'un aspect ou d'un attribut de l'autre et de la transformation intérieure du sujet, partielle ou totale, qui en découle (Laplanche & Pontalis, 2007). Lorsqu'elle est totale, celle-ci transforme l'être du sujet en ce à quoi il s'identifie ; lorsqu'elle n'est que partielle, autrement dit lorsqu'elle ne se soutient que d'un ou de quelques traits attrapés chez l'autre, l'identification nous enrichit et nous permet d'accéder à des registres relationnels légèrement différents à partir des quelques traits prélevés sur l'objet de notre intérêt, registres qui complètent notre répertoire de manières d'interagir avec le monde. Or les personnes qui sont nos interviewés *sont* nos objets d'intérêt et à ce titre peuvent déclencher chez le chercheur des phénomènes identificatoires poussés par une pulsion épistémophilique, autrement dit des phénomènes identificatoires visant à « avoir », à « posséder », quelque chose du savoir expérientiel de l'interviewé qu'il n'est possible d'obtenir que de l'intérieur (Le Marec, 2010).

Ces identifications croisées entre chercheur et acteur(s) sont donc à la fois la clé du recueil de données (même lorsque le chercheur est une pure altérité pour l'acteur, il faut qu'il y ait un point de rencontre, aussi inconscient soit-il, entre leurs Moi pour que la rencontre ait lieu et que l'entretien soit fructueux) et la clé de l'analyse des données recueillies, qui s'enrichit grâce aux

³⁵ L'une de mes références favorites sur le transfert, qui le situe d'abord et avant tout comme mouvement de répétition – autrement dit, qui permet de penser que le sujet peut, à la différence des processus identificatoires, *ne pas s'enrichir*, même de relations nouvelles, si la répétition qui les sous-tend n'est pas conscientisée et mise au travail -, est un petit recueil de J.-B. Pontalis intitulé *La force d'attraction* (1990).

éléments que le chercheur peut mobiliser à partir de ses identifications partielles avec le terrain et ses acteurs. Dans mon cas, en tant que doctorante je n'avais pas de patients à ma charge ; je ne suis pas plus directrice d'hôpital aujourd'hui, mais je peux à force de temps passé auprès d'eux voir le monde et penser un peu *comme eux*, autrement dit restituer dans ma propre vision du monde ce que j'ai introjecté à leur contact. Les retours de Florent Schepens, mon binôme de recherche sur les directeurs d'hôpital, ont toujours été dans ce sens : plongée que j'ai été dans ce monde particulier, j'en ai appris les us et coutumes, les *do's and don'ts*, et peux les expliciter pour donner à entendre la rationalité derrière – l'exemple pris est volontairement futile, mais ne l'est qu'en apparence – le choix de mes vêtements dans les événements destinés aux directeurs d'hôpital, ou mon avis sur ce que renvoyaient les siens. En a découlé une conscientisation, essentielle dans toute recherche « située », de la constitution du sociologue comme altérité et de mon apparition concomitante comme figure identificatoire possible pour les DH, à laquelle on parle comme à un pair³⁶.

2.4. Un exemple de recherche par la proximité avec les directeurs d'hôpital

Avoir conduit des recherches à partir de dispositifs méthodologiques exploratoires m'a permis d'expérimenter la dimension de malléabilité du chercheur, de souplesse du cadre interne, voire de vacillement narcissique qu'implique cette proximité qui abolit, plutôt qu'elle ne brouille (Garrels et al., 2022), la notion classique de « limite ». La mise en avant de l'« être-avec » autrui comme positionnement de recherche ne relève pas tout à fait de l'ethnographie

³⁶ Des éléments réels attestent de ce que cette affirmation n'est pas le produit de mon imaginaire, mais plutôt d'un imaginaire partagé avec cette population au sujet d'une compréhension que j'aurais de leur expérience et de leur pensée. En témoigne par exemple la formule d'un chef d'établissement qui souhaitait que je discute avec une professionnelle de son CH en vue d'un projet commun : « *Vous sachant totalement acculturée aux attentes des DH [...]* ». Ce début de phrase est intéressant en tant qu'il est à la fois vrai et faux, sincère et stratégique ; mais plus encore, il témoigne de mon expérience en deuxième personne, conscientisée comme telle des deux côtés de la relation.

« par le proche » (Escande-Gauquié, 2023), et c'est avec les directeurs d'hôpital que j'ai pu traverser le plus et le plus fortement les questions qui sont liées à ce que je vais proposer dans cette section. Mon exploration auprès de cette population particulière de hauts fonctionnaires de la fonction publique hospitalière française s'est construite au long cours, sur plusieurs années (2020-2024 ; elle n'est toujours pas terminée), alors que j'y étais déjà partiellement insérée depuis 2017 à la suite de ma revue de littérature pour la Fédération Hospitalière de France. Mes derniers développements, dont témoignera cette HDR dans sa proposition thématique, sont d'ailleurs bien plus directement liés à l'introjection en moi de leur regard sur l'hôpital – j'y reviendrai. Pour l'heure, je souhaite donner à entendre la prééminence dans mes derniers travaux méthodologiques de cette dimension d'« être-avec » eux que je considère pour partie inséparable des établissements qu'ils dirigent, en ce que chacun y a inévitablement affaire dans sa vie.

Je citerai et commenterai pour ce faire l'exemple d'une expérience hors-cadre, contrevenant à presque l'ensemble des règles de l'enquête socio-ethnographique classique, pour interroger ce qui fonde la proximité sans pour autant rompre un contrat rassurant avec les interviewés (celui, pour le chercheur, d'agir comme fonction contenante et de ne pas écraser autrui de ses propres contenus psychiques). La scène qui m'a poussée à cette réflexion se déroule dans une soirée de congrès à Paris, au mois de novembre 2022. J'ai été invitée à faire une conférence au cours de l'événement annuel d'un des grands syndicats de directeurs de la fonction publique. Cette conférence vise à parler de l'expérience vécue des directeurs et directrices d'hôpital durant la pandémie et après ; il y a une centaine de personnes dans la salle et, emportée par l'importance à mes yeux de mon propre objet, à savoir la solitude émotionnelle des directeurs et ses conséquences psychiques, je mentionne le suicide d'un directeur advenu au mois d'août dont j'avais entendu parler. J'invite cet événement, auquel je sais que la salle ne peut qu'être sensible, dans ma conférence pour expliciter les raisons de mon intérêt et de mon

sentiment qu'il a là quelque chose à faire, puisque les problématiques de santé mentale dans ce corps professionnel ont des conséquences bien réelles. Au retour de la soirée qui suit cette intervention, je décris ce que j'ai vécu dans cet extrait de journal de bord, que je présente volontairement peu re-travaillé, afin de donner à entendre combien il questionne les principes canoniques de la recherche en SHS :

« Parmi mes discussions de la soirée, l'une des femmes avec qui j'ai parlé amène à un moment auprès de moi le directeur du centre hospitalier de F.. F. est une ville que je connais, à laquelle je tiens parce que mes grands-parents y habitent et que mon grand-père a été soigné dans cet hôpital avant d'y décéder. Lorsque j'avais entendu parler d'un décès au mois d'août d'un directeur qui travaillait dans ce CH, j'en avais été un peu attristée, et beaucoup plus lorsqu'un enquêté m'avait expliqué [il y a quelques temps] que ce décès au cours du mois d'août était un suicide, et que la formulation que j'avais lue [dans la presse spécialisée et sur LinkedIn] du « décès brutal » de la personne était une façon de signifier à la communauté que le décès était un décès volontaire. Le directeur de ce centre hospitalier vient me voir parce que j'ai fait référence à ce suicide-là lors de mon intervention pour illustrer le fait que les problèmes de santé mentale dans le corps [des DH] peuvent aller jusque-là. Gênée, dans un premier temps, d'avoir été prise sur le fait d'une indélicatesse au moment de ma conférence, je veux me justifier à ses yeux et lui explique pourquoi j'ai parlé de son hôpital en mobilisant l'histoire de mon grand-père. Je suis très perturbée, très déroutée par la façon dont il m'en parle, car je mets du temps à comprendre que ce n'est pas le chef d'établissement mais probablement le DRH, en tout cas un directeur-adjoint, qui s'est suicidé, et je me rends compte que je parle à son chef, qui me dit « je l'ai eu comme élève, je l'ai formé », et qui me raconte combien son adjoint ne dormait plus, était angoissé et que lui-même lui demandait « mais est-ce que tu as des idées noires ? » et que toujours cet homme lui répondait « non non non non », qu'il était parti le dernier jour de travail avant ses vacances - car il s'est suicidé pendant ses vacances -, de façon fantomatique. Et ce chef me dit « je me demande si je n'aurais pas dû... j'y ai pensé, le raccompagner jusqu'à sa

voiture car je sentais que quelque chose n'allait pas bien ». Il est toujours extrêmement secoué, il dit qu'en comité de direction il y a une chaise vide et que cette chaise vide justement est pour ce directeur-là. L'équipe semble encore très secouée, lui dit qu'il surfonctionne, qu'il fait tout un tas de choses, que cela le maintient occupé. Il n'a pas demandé d'aide à une psychologue, il dit que jusqu'ici il tient bon. Je lui parle de [un événement personnel traumatique], du fait que la psychanalyse à ce moment-là m'avait sauvée, que j'avais pu élaborer quelque chose de ma culpabilité, car on se demande toujours si on n'aurait pas pu faire quelque chose de plus qui aurait sauvé la personne. Je me sens happée dans cette discussion, et pourtant tout autour il y a de la musique et des gens qui dansent, mais je suis happée dans ce récit traumatique ».

Plusieurs éléments apparaissent : lors de cette conférence, donnée devant une partie de ma population d'étude, je n'ai pas été très prudente de citer une affaire sensible advenue quelques mois seulement auparavant ; parler de mon grand-père à l'un de mes enquêtés dépasse complètement les limites de l'enquête classique ; verbaliser mon inquiétude pour le devenir de ce directeur est un positionnement de psychologue, pas de chercheuse ; aller jusqu'à parler d'un événement traumatique de ma propre vie pour lui indiquer que je comprends profondément ce qu'il ressent et l'enjoindre à s'engager dans une thérapie n'a rien à faire dans un congrès. A de multiples égards, la conversation pourrait tenir d'une faute professionnelle en tant que chercheuse, puisque tout cet épisode contredit bien des règles de l'enquête ethnographique classique. Le léger malaise provoqué par la situation, même à sa lecture, peut être interprété comme résultant, au-delà du partage traumatique³⁷, de la plongée dans une zone indéfinie de la

³⁷ Je remercie à cet égard Alexandra Laurent de m'avoir indiqué les travaux de K.-L. Schwering théorisant le « transfert de proximité ». Si je reconnais la possibilité de penser cet épisode en ces termes, il m'intéresse plus encore du fait de la zone grise qu'il dévoile dans la pratique du chercheur-clinicien. Cette zone grise est surdéterminée par les effets transférentiels, mais aussi par les codes et l'ethos à la fois de la recherche et du corps professionnel enquêté : c'est l'intrication entre ces surdéterminations qui fait le sel de ma réflexion méthodologique, en tant qu'elle s'appuie sur des pratiques plus souvent associées aux sciences sociales mais les pense avec les concepts de la clinique psychanalytique.

recherche opérée par tout clinicien. Dans cette zone où je ressens perdre les fondements méthodologiques acquis dans mon acculturation aux sciences sociales, et où je peine à me focaliser sur la dimension transférentielle du fait du surplus de sens de cet épisode par rapport aux particularités de ma population d'enquête, c'est la dimension phénoménologique de l'expérience pré-réflexive qui s'impose et à laquelle je veux m'atteler.

Mais ce qui apparaît aussi dans cet extrait, c'est cette expérience de l'objet de recherche que je fais en deuxième personne (je fais l'expérience de l'expérience d'autrui), qui permet d'expliquer la phrase de fin de mon extrait, que je n'ai pas réécrite, et où la répétition du mot « happé » lie ma sidération face au récit et le traumatisme bien réel de ce chef d'établissement. L'utilisation de cette perspective en deuxième personne, bien connue en clinique, est très intéressante dans le champ de la recherche lorsque « *certaines faits sociaux ne se comprennent que par le contact et la compréhension des enjeux parfois vitaux que se donnent des personnes et des groupes* », et puisque « *les attachements constituent une catégorie de phénomènes qu'il est parfaitement impossible de contempler dans une configuration objectivée, car ils n'existent pas de dehors des états par lesquels on peut les partager* » (Le Marec, 2010, p. 101). Faire par le récit ou par la participation observante l'expérience de l'expérience d'autrui est un préalable à l'identification : c'est à partir d'un socle commun d'expérience vécue que peut se dessiner l'appropriation par le chercheur de quelque chose qui appartient initialement au champ de l'interviewé, et l'appropriation par l'interviewé de quelque chose qui appartient initialement au chercheur. Ce n'est qu'ici, à ce stade de la réflexion, que je retrouve des liens avec les sciences humaines et sociales, et plus particulièrement l'anthropologie avec ces mots de Nastassja Martin (2021) : « *Et enfin, que faire de la relation particulière tissée entre soi et ceux qui nous ont accueillis chez eux, permettant que quelque chose se recompose dans un état de monde délabré ? Quel doit être notre fil rouge ? En ethnographe je répondrais : les discours des personnes que nous suivons et parmi lesquelles nous avons vécu* » (p. 6-7).

Vécu commun et identification se renforcent mutuellement : le partage permet l'identification, qui à son tour permet au chercheur d'authentiquement comprendre une partie de l'expérience de ceux qui l'accueillent. Sans identification partielle avec des directeurs d'hôpital, je peux certes partager avec eux des moments de réunions tendus mais je ne peux pas comprendre autrement qu'intellectuellement le poids des responsabilités qui les aliène : je peux le reconnaître dans leurs discours sans le connaître, penser en avoir saisi quelque chose et me tromper, mais d'autant plus facilement le juger que je l'aperçois sans ressentir tout ce qu'il fait à celui qui porte la responsabilité. Ainsi, l'identification aux interviewés, inévitable pour enclencher une relation qui permette un dire qui ne soit pas trop stratégique, permet aussi de se tenir à la hauteur du principe de non-jugement caractéristique de la psychologie clinique, et du rapport qu'elle entretient avec le sujet parlant.

Que faire alors de l'autre partie de la citation de Winnicott sur les identifications croisées, à savoir « permettre à l'autre d'en faire autant » ? Il faut en effet aller plus loin que d'affirmer que faire de la recherche « avec et pour » (Haliday, 2019) les participants met l'accent sur le savoir des sujets enquêtés quant aux questions qui les concernent (tout particulièrement ce que la psychologie clinique nomme leur vie psychique). Mon ancrage dans le champ de la recherche-action permet de penser que si le directeur ne devient pas statutairement chercheur à force de côtoyer qui s'intéresse à lui, il se met toutefois en recherche, pour reprendre les mots de Souchard et Bonny (2015). Cette mise en recherche est sous-tendue, me semble-t-il, par une identification partielle de l'interviewé au chercheur, motivée par la curiosité du chercheur pour quelque chose de son expérience. Cette curiosité peut bien sûr d'abord être reçue avec étonnement, signe de l'altérité du chercheur par rapport à celui ou celle qui fait en première personne l'expérience qui est son objet de recherche :

« *Qu'est-ce qui est spécifique avec la méthode de P. et qui est au fond la méthode avec laquelle toi tu travailles aussi ? C'est quoi les grands principes ?*

(rire gêné) Je me suis jamais posé ces questions en fait. » (extrait d'entretien)

A plusieurs reprises, j'ai mentionné explicitement ce que j'avais remarqué comme façon de faire, que les directeurs ayant accepté de m'emmener en immersion ne remarquaient pas eux-mêmes : « *c'est bien que tu mettes des mots parce que c'est banalisé, ce n'est pas conscientisé* » (verbatim DRH, extrait journal de bord). Les effets de ma présence étaient aussi remarqués en termes de réflexivité des interviewés sur eux-mêmes, prenant soudain conscience de certains aspects de leur activité. Ainsi, d'un sentiment initial de gêne et d'altérité a pu émerger cette identification de l'interviewé-directeur au chercheur, le premier introjectant le regard interrogateur du second, déclenchant chez lui une pulsion épistémophilique : un intérêt naît à partir de la constatation qu'aux yeux de l'autre son expérience et son vécu ne sont pas si « évidents », et plus encore qu'ils ont une valeur scientifique - intérêt qui fait soudain du vécu et de l'expérience en première personne un objet de recherche et d'analyse dont le chercheur n'est plus le seul à souhaiter se saisir. Ainsi le vécu et le travail émotionnel des directeurs d'hôpital ont-ils pu devenir, entre eux et moi, un objet commun de curiosité. La proximité induite par l'identification peut également servir l'émergence d'une parole différente, permettant de dire doute, culpabilité, honte, incertitude, colère ou désarroi, par exemple dans les *focus groups* que j'ai menés durant la pandémie au cours desquels les directeurs avaient pu faire part du double fardeau de leurs vécus d'impuissance et de leur indicibilité.

Les identifications qui président aux méthodologies de la proximité sont donc bien à concevoir comme *croisées*, situant chacun à une place différente, permettant d'accéder à des objets distincts qui enrichissent le savoir dont la recherche fait ensuite état. Il ne s'agit pas pour le chercheur de mimer un positionnement qui se mettrait « à la place de » ou prétendrait

« devenir » l'autre, comme le formulait Michel Agier dans sa critique à Levi-Strauss (Agier, 2019) : l'identification partielle permet à chacun de rester à sa place en assumant de ne faire qu'emprunter à l'autre un trait que l'on fera temporairement sien, mais aussi de tolérer l'inquiétante étrangeté qui naît de l'incertitude quant à la provenance de ce qui est éprouvé. La proximité que les identifications croisées induisent n'impliquent pas la similitude du vécu, bien au contraire : elles se nourrissent de ce qu'elles font vivre aux protagonistes, à savoir des expériences en deuxième personne, un « faire l'expérience de l'expérience d'autrui » - et cette distinction est essentielle.

Ce qui est en question ici n'est donc pas la *réciprocité* de la reconnaissance de la place de chacun dans le processus de recherche, puisque comme le souligne Ricoeur, « *la reconnaissance réciproque risque de ne jamais en finir avec la méconnaissance, au sens de déni de reconnaissance* » (p. 257) – mais la possibilité d'une reconnaissance *mutuelle*, qui s'origine dans les « rapports entre acteurs » plutôt que dans une « théorie au-dessus des agents sociaux et de leurs transactions ». Cette reconnaissance mutuelle se nourrit des identifications croisées en tant qu'elles créent un terrain sur lequel, malgré tout ce qui les sépare, intervieweur et interviewés peuvent vivre une expérience affective commune, quoique différenciée. Ces identifications croisées ne sont pas volontaires, ni nécessairement conscientes ou permanentes. Elles ne nous apparaissent souvent qu'après-coup, et nécessitent par conséquent une analyse de la relation chercheur-interviewé non seulement comme lieu de production, mais aussi comme lieu d'émergence de savoirs intimes des interviewés préalables à l'irruption du chercheur dans leur entourage.

Les méthodologies de la proximité touchent au champ de l'expérience humaine par le partage permettant au chercheur de repartir avec quelque chose d'une expérience commune. Elles tiennent ainsi, au fond, de la logique phénoménologique : s'il s'agit de saisir l'expérience humaine en train de se faire, en train de se penser, alors la question qui se pose est celle de la

proximité à l'expérience d'autrui. L'idée même de la distance n'a à ce moment-là plus de sens : le chercheur ne peut rien dire de l'expérience d'autrui s'il ne s'en est pas rapproché, et ce rapprochement est bien souvent pré-réflexif et incontrôlable. C'est tout le sens d'une réflexion, toujours dans l'après-coup, sur les identifications qui structurent la relation du chercheur à ses interviewés, l'expérience qu'il fait avec eux, la part de leur expérience qu'il a le sentiment d'avoir, plus que connu, vécu pour partie. Ces identifications sont inévitables, même si toujours partielles, l'identification totale étant une expérience dans laquelle le chercheur se perdrait comme tel pour ne se vivre que comme membre du groupe social étudié – des cas qui peuvent en effet exister lorsque le terrain est long, et que l'intégration au terrain fait naître un sentiment d'appartenance ressenti comme plein, faisant office de nouvelle assomption spéculaire.

L'expérience des méthodologies de la proximité que peut faire le clinicien consisterait donc à se laisser modifier de l'intérieur par la rencontre avec son terrain, qui reste une rencontre avec une *expérience*, fût-ce au travers des nombreuses relations tissées chemin faisant. Cette proximité dans l'expérience, la genèse des identifications croisées qui en est le corollaire, ne peut qu'être inconfortable pour le clinicien. En se rendant sur le terrain il n'est plus maître de son cadre, en utilisant sa capacité identificatoire il accepte, plus qu'intellectuellement, d'être décalé de lui-même par ses rencontres, et plus encore d'intégrer l'ensemble de ce matériel dans ses constructions de recherche.

En abandonnant la question-écran (au sens freudien du terme d'écran, nommant le déplacement sur une représentation créée de représentations inconscientes plus essentielles) du rapport distance-proximité avec ses interviewés, c'est la question de l'expérience du chercheur dans sa recherche qui apparaît, et qui doit amener à deux développements. D'une part, je l'ai dit, cette expérience n'est pas directement l'expérience de l'interviewé : elle est un *faire l'expérience de l'expérience d'autrui*. Il ne s'agirait donc pas de verser dans l'illusion que le chercheur pourrait réellement, et intégralement, faire une expérience du monde telle que la

feraient ses interviewés. L'expérience du monde en deuxième personne, allant plus loin qu'une expérience d'observation participante – le chercheur pouvant être pris à parti à partir de projections condensées sur lui, agissant comme des couches d'une même tentative de saisir les raisons de sa présence -, peut se faire dans les entretiens, en réunion, dans l'informel... En sentant « avec » l'autre, et sans pour autant construire un fantasme d'empathie directe du chercheur avec les sujets auxquels il s'intéresse, il n'est toutefois pas impossible de penser que le chercheur puisse être lui aussi affecté par ce qui affecte autrui. Il ne l'est pas tout à fait de la même façon, ni avec la même intensité, mais l'effet de saisissement (dans les deux sens : être surpris et attraper) de l'expérience d'autrui est à mon sens l'outil le plus puissant et le plus profond qui soit accessible au chercheur en SHS s'il veut saisir quelque chose d'une réalité psychique en situation. Ainsi seulement peut-il tenter de comprendre les effets non uniquement de remémoration mais de perlaboration qui peuvent avoir lieu dans les entretiens avec lui, ou encore les effets de répétition transférentielle qui, en étant agis sur ses terrains, ne se donnent pas immédiatement à connaître. Ceux-ci nécessitent de multiples transformations intérieures du matériau brut que le chercheur porte avec lui lorsqu'il vit ce que d'autres revivent avec lui, devant lui, parfois pour lui lorsqu'il s'agit de récits. Ce processus d'élaboration est une partie essentielle de ce que produit le chercheur ; ni tout à fait recueil ni tout à fait analyse des données, ce processus de conscientisation de l'expérience qui apparaîtra ensuite comme « donnée » de la recherche doit cependant être considéré comme une activité de recherche à part entière.

L'expérience qui permet au chercheur d'apprendre est donc une expérience par laquelle il apprend du savoir que le sujet possède, se nourrit des ambiances dans lesquelles il est plongé. Qu'en est-il, lorsque le clinicien s'intéresse aux institutions, ou aux organisations ? Auprès de qui et comment apprendre ce qui peut être appris ? Pour penser des méthodologies de recherche en clinique organisationnelle qui ne seraient pour autant pas nécessairement attachées à une pratique clinique directe, l'on gagne à s'inspirer de Victor Hugo lorsqu'il affirmait que « la

forme est essentielle et absolue ; elle vient des entrailles mêmes de l'idée » (Hugo, 1860/2018). Saisir le fond institutionnel nécessite donc de lui trouver une mise en forme adéquate, et j'ai ainsi proposé que la méthodologie de recherche devait être l'expression des spécificités de l'objet, toucher sa complexité grâce à l'interdisciplinarité, et permettre l'apprentissage par l'expérience. A posteriori, je regarde ces élaborations sur les identifications croisées comme un moyen de penser, en tant que clinicienne autant qu'en tant que chercheuse, la difficile mise à distance de certaines prénotions sur des catégories professionnelles qui seraient *nécessairement* nos antagonistes. S'il est vrai que souvent les directions hospitalières ne comprennent pas les logiques et les stratégies des psychologues pour conserver leur autonomie, le chercheur orienté par la psychothérapie institutionnelle ne peut pas se situer dans une logique qui exclurait une partie des professionnels des établissements qu'il étudie de la maxime qui fonde son rapport à l'action et à la recherche, à savoir le soin à apporter à l'institution pour soigner les malades.

Une dernière difficulté doit ainsi être levée, qui se situe dans la lignée de la nécessaire prise en compte des spécificités de ma population d'étude, de ce qu'implique pour les sujets d'être en fonction de direction, et de leur place quant à ce qui me préoccupe, à savoir le soin apporté aux institutions et aux organisations. J'ai certes montré comment plusieurs courants pouvaient être regroupés à l'intérieur du champ de la clinique organisationnelle, mais sa circonscription ne permet pas intégralement de prendre en compte ce que j'ai gardé comme boussole principale de l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, à savoir qu'il est possible de soigner les institutions et que celles-ci sont, au fond, des patients un peu plus gros que les autres³⁸. A la lumière des enquêtes que j'ai menées, il m'a cependant fallu admettre que les outils conceptuels issus de mes recherches précédentes (et notamment les opérateurs de la P.I.)

³⁸ Je reprends ici une boutade présente dans ma thèse, qui affirmait au fond que les cliniciens institutionnalistes ne sont pas, au motif qu'ils étudieraient l'institution, moins véritablement cliniciens que les autres.

ne suffisaient pas à rendre compte de la pensée et la pratique des professionnels en fonction de direction.

Parler d'une thérapeutique institutionnelle en extension comme j'ai pu le faire dès mon introduction, me situer dans le champ de la clinique organisationnelle comme j'ai pu le proposer ci-dessus, et dessiner un mode de rencontre avec autrui qui permette de rencontrer l'expérience qu'il fait du monde, sont en réalité trois préalables à ce que je souhaite amener comme partie essentielle de cette HDR, à la fois produit de mes travaux précédents et grille d'analyse avec laquelle je souhaite outiller ceux et celles qui, avec moi, étudieront les pratiques de direction et de gouvernance et leurs effets de désaliénation ou de suraliénation sociale. Les théories composant l'ensemble de la « clinique institutionnelle » française ne suffisent pas à penser la pratique de la gouvernance et la vie psychique de ceux qui dirigent, et c'est à partir de l'étude de cette pratique elle-même que je peux à présent proposer une trame d'analyse apte à restituer ses particularités.

3. Proposition thématique : les objets de la gouvernance, et un mode de « gouvernance clinique »

Cette troisième et dernière partie de mon programme de recherche reprend des élaborations récemment publiées (Haliday, 2024) et montrera comment celles-ci constituent à la fois un bon exemple et une part encore minime des phénomènes que les positionnements épistémologiques et méthodologiques que j'ai choisis permettent d'investiguer.

Le monde de la santé est un bon terrain pour cette démonstration, car alors qu'il est l'un des rares domaines où les principes guidant la réalisation de la tâche primaire peuvent s'appliquer de façon isomorphe à l'ensemble de ses niveaux de gestion, il connaît régulièrement

des modes en matière de management qui affectent notamment la haute administration hospitalière et ses corps de direction³⁹. La « qualité de vie au travail » en a fait les frais ; chaque année voit fleurir son lot de nouveaux modèles de leadership, et au-delà des traditionnels marronniers que sont devenus l'attractivité et la fidélisation, les organisations hospitalières sont obsédées par la question de leurs « valeurs ». Le terrain des valeurs n'est en réalité que l'un des multiples domaines dans lesquels se transpose le conflit antédiluvien entre « médecine » et « administration » (je mets ces termes entre guillemets pour insister ici sur leur caractère imaginaire), qui a donné lieu à de nombreuses déclarations au sujet de la façon dont la gouvernance hospitalière devait se répartir, plus ou moins équitablement et harmonieusement, entre ces deux pôles.

Ainsi sommés de dire *au nom de quoi* l'on travaille (sécurité, excellence, bienveillance, et tant d'autres termes aujourd'hui devenus des mantras inlassablement répétés et vidés de leur sens), il est facile d'oublier *à quoi* l'on travaille au niveau collectif, dans la sphère institutionnelle qui entoure le soin et lui donne, ou non, des conditions d'exercice « suffisamment bonnes ». Soigner nos institutions pour soigner les malades n'a jamais été aussi nécessaire aujourd'hui, mais la bureaucratisation de toutes les organisations hospitalières implique que cette logique ne peut plus être pensée sans ceux et celles qui s'attèlent aux fonctions de direction, ni de façon clivée des processus organisationnels qui, du point de vue du travail concret, permettent aux institutions d'exister et au soin d'avoir lieu. Cette introduction des directeurs dans les « collectifs » ayant pour objectif l'asepsie du milieu hospitalier et le soin apporté à l'ambiance ne peut pas, pour la théorie de la pratique, être sans effet. Que nous demande-t-elle comme aménagements ? A quoi l'adjonction de ces

³⁹ On peut citer pêle-mêle le *lean* management, le management agile, les théories de l'entreprise libérée ou la sociocratie pour des méthodes qui ont été décrites dans la littérature scientifique, mais on peut également mentionner des pratiques et théories douteuses et sans aucun fondement empirique comme la méthode DISC et ses quatre couleurs, les animaux totem... Toutes méthodes qui ont en commun d'importer dans le milieu hospitalier des théories et outils qui lui sont exogènes.

professionnels à l'ensemble de ceux auxquels la psychologie clinique s'intéresse va-t-elle correspondre dans la théorie, autrement dit : que devons-nous modifier ou ajouter aux corpus des thérapeutiques institutionnelles pour penser le travail de l'ambiance depuis le point de vue et la pratique des directeurs eux-mêmes ? Il ne s'agit pas ici simplement de mieux comprendre l'exercice d'un métier mais d'élargir, par la prise en compte d'une catégorie professionnelle contribuant à la gouvernance, notre connaissance des phénomènes de gouvernance eux-mêmes et des processus (psychiques, sociaux et culturels) par lesquels s'actualise la propension chez chacun à gouverner et être gouverné dans un monde – celui de la santé – où gouverner doit servir le soin.

La littérature récente en sciences de gestion, face à cette question, a étudié la façon dont le management pouvait sinon permettre un mieux-être au travail et contribuer à un *care* organisationnel (Fotaki et al., 2021), *a minima* amoindrir les effets de la pression induite par l'impératif de performance (Saks, 2021). Ces modes de management sont appelés « salutogènes » (Richard et al., 2018) ou prônent le leadership orienté vers le *care* (Levay & Andersson Bäck, 2022). Je souhaite aller plus loin, et plus en profondeur, que ce seul rattachement des fonctions de direction au travail du *care*, en circonscrivant un mode de gouvernance qui, pour reprendre les mots de Claude Revault d'Allonnes au sujet de la démarche clinique, aurait à faire aux leçons essentielles que nous a enseigné la psychanalyse sans pour autant en être (Revault d'Allonnes, 1989) et poursuivrait la logique de la P.I. en ce qu'elle aurait, grâce à ses effets analytiques, un potentiel désaliénant. Seul ce mouvement permet, à mon sens, d'éviter la confusion entre des registres différents (manager n'est pas prendre soin, même si le second peut être un effet du premier), prolongeant donc l'exigence de distinctivité propre à la psychothérapie institutionnelle dans la suite de laquelle je situe ma pensée.

Circonscrire le champ de la « clinique organisationnelle » permet à cet égard de rassembler plusieurs courants complémentaires en postulant qu'ils s'éclairent les uns les autres

et contribuent à la connaissance d'un même objet - et par là à la même conversation scientifique. Cela permet également - et c'est à présent de cet aspect que j'entends discuter - à la psychologie clinique de rentrer dans un territoire considéré souvent comme réservé aux sciences de gestion, en proposant d'y penser son envers. Je tiens ce faisant à poursuivre l'œuvre des cliniciens qui ont pensé leurs fonctions de direction (Crété, 2015; Pouillaude, 2022), de ceux qui ont maintenu qu'il fallait étudier avec une lentille psychanalytique l'activité des groupes de travail (Amado, 2013), de ceux qui postulent que les organisations abritent une vie psychique qu'il est nécessaire de penser (Enriquez, 1993), et plus encore de ceux et de celles, dans le courant de la psychothérapie institutionnelle, qui ont élaboré leurs théories, leurs méthodes et leurs pratiques d'une façon qui ne cesse pas de résonner avec d'autres élaborations plus contemporaines, que celles-ci viennent de la philosophie (Fleury, 2019), de la biologie (Hamant, 2023), ou des sciences de gestion (Petriglieri, 2020). En faisant cette liste, je ne peux que regretter la part minime de femmes cliniciennes ayant fait de l'institution et des processus d'organisation leur objet de recherche⁴⁰, et espérer que mon travail s'inscrira dans une logique par laquelle nous nous autoriserons de nous-mêmes et de quelques autres⁴¹ à parler de ces objets hautement sensibles car politiquement puissants.

Je dois aussi noter que du côté des cliniciens d'orientation analytique contemporains, les liens entre management et clinique ne sont pas un impensé (Grimaud, 2010), et qu'ainsi je suis loin d'être la première à m'insérer dans ce champ français de la pensée clinique du management⁴². Des analogies intéressantes existent d'ailleurs entre les fonctions de

⁴⁰ J'ai eu l'occasion de citer plus haut deux autrices de la mouvance lyonnaise que j'ai lues avec intérêt, à savoir Aurélie Maurin-Souvignet et Anne-Claire Dobrzynski ; s'y ajoutent plusieurs autrices du mouvement de la P.I., comme Ginette Michaud, Hélène Chaigneau et Danielle Roulot, et je pourrais y rajouter, du côté organisationnel, les travaux pionniers d'Isabelle Menzies, et ceux plus contemporains de Marianna Fotaki et de Jennifer Petriglieri.

⁴¹ J'emprunte la formulation à Jacques Lacan, qui l'avait utilisée pour décrire le régime particulier d'autorisation à pratiquer et penser qui est celui de l'analyste.

⁴² L'évocation de l'ensemble des théoriciens des sciences de gestion français ayant pensé avec la psychanalyse serait trop longue, mais on peut remarquer, a minima, l'existence d'un Institut Psychanalyse et Management (IPM), qui organise régulièrement des manifestations scientifiques. Ces courants partant de la gestion pour aller vers la psychanalyse sont, à l'exception de la psychodynamique des systèmes, restés en dehors du champ de cette H.D.R.,

psychologue et celle de direction, notamment lorsque le premier change de place pour endosser des responsabilités propres au second. Ainsi Elie Pouillaude, psychologue de formation et directeur de structure médicosociale infanto-juvénile, formulait-il la complémentarité de ces perspectives :

« L'une des fonctions primordiales qui relèvent du métier du directeur, et dont la psychologie nous a enseigné certains contenus, consiste alors à promouvoir les capacités de vie dans les équipes de pédopsychiatrie, à soutenir la mise en lien, à porter les initiatives créatives. [...] Le psychologue comme le directeur ont donc, à leurs niveaux, la responsabilité de contenir les effets de la pulsion de mort et de soutenir la créativité et les liens de vie. » (2022).

Cet intérêt pour la vie institutionnelle et le rôle de la fonction de direction dans la promotion des « capacités de vie dans les équipes » nécessite, me semble-t-il, d'être appréhendé grâce à un lexique qui laisse la place aux phénomènes inconscients. Je fais ainsi le pari d'une conceptualisation possible de la fonction de direction et plus largement de tout exercice de gouvernance à partir d'un rattachement disciplinaire à la psychologie, et non aux sciences de gestion seules, en découpant cette pratique en objets du travail possédant une dimension symbolique dans les échanges interprofessionnels et en postulant qu'un certain « travail de l'ambiance » est opéré par les professionnels de direction tout autant que par les collectifs auto-gérés inspirés par la P.I.. Le mode de « gouvernance clinique » clinique dont je parlerai plus loin, qui n'est nullement majoritaire mais gagne à être décrit puisqu'à certains endroits il existe, pourra à être défini comme une approche spécifique de certains objets propres au travail de gouvernance, qui à partir d'un positionnement clinique des professionnels en position de gouverner permet d'analyser l'ambiance d'un établissement en vue de l'assainir. Ceci implique,

mais de nombreuses questions se posent quant à la possibilité, pour deux traditions disciplinaires visant le même objet à partir d'histoires scientifiques différentes, de se rencontrer sans trop de malentendus.

dans un premier temps, un rappel historique quant aux significations que l'expression de « gouvernance clinique » a pu prendre, et qui explique que je souhaite la redéfinir avant de pouvoir l'utiliser.

3.1. Acceptions historiques de la « gouvernance clinique »

A ma connaissance, la première acception de la gouvernance clinique est celle par laquelle la NHS, au Royaume-Uni, a désigné une gouvernance *au service* de la clinique. Celle-ci a émergé dans les années 90 à la suite d'erreurs médicales dans le système public anglais, qui avaient plombé la confiance de la population dans leur système de santé. La « clinical governance » s'entendait alors comme une *corporate governance* intégrant dans les conseils d'administration des *trusts* (les entités auxquelles sont rattachées les établissements de santé) la perspective clinique. Dans tous les textes qui lui sont dédiés, qu'ils aient été publiés juste après et en réaction à l'annonce du tournant de la gouvernance clinique par la NHS (Gray, 2000; Halligan & Donaldson, 2001; Nicholls et al., 2000; Oyebode et al., 1998), ou bien plus tard sous la forme d'un retour à ses principes (Price et al., 2020), la gouvernance clinique est toujours entendue comme une orientation vers l'excellence clinique incitant à la plus haute performance dans les soins des professionnels (Brennan & Flynn, 2013), et déployant des méthodes et moyens d'évaluation et d'amélioration continue (expliquant le rapprochement fait par Rushmer & Wilkinson, 2004 avec le concept d'organisation apprenante). Dans la littérature francophone, on trouve une tentative de définir autrement la gouvernance clinique, en la considérant comme l'espace « *situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation* », qui serait en lui-même un « *nouvel objet de gouvernement et un nouveau mode d'action collective* ». Cette définition, la plus proche de celle que j'entends donner au terme, se cognait cependant en 2008 à sa propre limite : « *Le modèle actuel des composantes de la*

gouvernance clinique n'illustre pas le leadership clinique et organisationnel nécessaire à l'implantation de changements durables dans la qualité des soins et des services. » (Brault et al., 2008)

On peut entendre deux choses à partir de cet aveu d'impuissance : d'une part, qu'il faut bien constater que la gouvernance clinique a chaque fois été comprise comme l'occasion d'une négociation entre administration et professionnels soignants ; d'autre part, que cette négociation n'a jamais réussi à constituer une véritable rencontre entre les deux, tout au plus un équilibre de forces en présence qui tendent à s'ignorer ou à se dénigrer l'une l'autre. La définition d'un mode de gouvernance clinique qui parvienne à œuvrer cliniquement (autrement dit qui suive une forme de démarche clinique au niveau organisationnel, et par là se rapproche nécessairement de la culture du soin) m'est venue au cours de mes terrains auprès de directeurs d'hôpital, ce qui justifiera la centration sur eux de mon propos à venir. L'essentiel de ma démonstration consistera cependant à montrer le caractère heuristique de cette construction au-delà de la population auprès de laquelle et grâce à laquelle elle a émergé, postulant qu'il existe déjà dans la pratique – et que ces pratiques peuvent être théorisées par la psychologie clinique – des modalités de gouvernance qui se mettent au chevet des organisations et améliorent l'ambiance des établissements en encourageant un travail de désaliénation des collectifs humains qui les peuplent.

3.2. Le travail de l'ambiance au travers du travail sur les « objets » de la gouvernance

Parler d'« ambiance » plutôt que de climat ou de culture organisationnels est là essentiel : je situe ce qui est en question, à la suite de la P.I., non dans la sphère réflexive, consciente et intellectuelle, mais plutôt du côté pré-réflexif, touchant à la sphère du « sentir » et se donnant à connaître par une intuition utilisée comme outil de connaissance de l'organisation (Kump,

2022). Chaperot et Altobelli (2014) affirmaient que l'ambiance trouve sa définition la plus exhaustive dans les travaux de chercheurs en urbanisme, qui tentent de la décrire malgré le flou qui l'entoure et la rend difficilement objectivable – alors même qu'elle est reconnue par tous comme une donnée des problèmes organisationnels du quotidien. Ainsi, dans l'œuvre de Jean-Pierre Thibaud (2002) l'ambiance est à la fois :

- indivisible ; si elle ne peut être décortiquée en composants, elle peut être caractérisée « selon son degré de prégnance »,
- immédiate, procédant d'une mobilisation corporelle qui rappelle son caractère pré-réflexif, saisissable par des procédés intuitifs plutôt qu'intellectuels,
- omniprésente ; saisissable uniquement de l'intérieur, on sera sensible à ses variations,
- diffuse ; elle « s'individue à diverses échelles qu'il s'agit précisément d'identifier », ce qui permet de penser que des ambiances se superposent dans un établissement, comme l'avant et l'arrière-plan d'un paysage. Il n'en reste pas moins que les équipes de gouvernance travaillent l'ambiance de leurs établissements, sorte d'arrière-fond par-dessus lequel se greffent les aléas matériels et affectifs du quotidien.

Du côté de la branche groupaliste de la psychologie clinique psychanalytique, l'on doit à Christophe Bittolo d'avoir lui aussi depuis longtemps dessiné une typologie des ambiances institutionnelles (2007, 2008) et d'avoir poursuivi ses investigations sur la dimension sensorielle et pathique de l'ambiance jusqu'à ce jour.

Si l'ambiance dépend d'un certain nombre d'éléments circulant dans les institutions, elle est également déterminée par un « cadre » de la pratique qui nécessite d'être pensé sous une forme paramétrique pour être conscientisé et travaillé – la description blegerienne du cadre comme dispositif stable accueillant des processus psychiques (Bleger, 1979) étant insuffisante pour penser la complexité des organisations concrètes. L'on peut donc, à cet égard, s'inspirer de l'œuvre tardive du psychiatre Paul-Claude Racamier, qu'il a rédigée en tant que médecin-

directeur de la Velotte (une structure avec hébergement pour jeunes adultes souffrant de psychose). Dans son ouvrage *L'esprit des soins* (2020), celui-ci décrivait ce qui constituait à son sens l'esprit des soins et sa déclinaison dans la construction d'un cadre apte à soigner les pathologies individuelles et institutionnelles. Racamier a proposé de circonscrire des principes, à la fois « principes de conception et principes d'action », et un certain nombre d'éléments de ce qu'il appelle le cadre, en mettant d'abord en avant ce qui le fonde : « *un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des limites. Et c'est encore le fait, simple et évident, qu'on y entre et que l'on peut en sortir* », et en lui rajoutant plus loin quelques autres éléments constitutifs : « *En quoi au juste consiste ce cadre ? Un lieu, des temps, des règles et des seuils. Des personnes, un objectif, une ambiance, et surtout une conception* » (pp. 139 & 150, *L'esprit des soins*, Paul-Claude Racamier).

Ces paramètres me paraissent essentiels à la caractérisation de ce que les psychiatres de la psychothérapie institutionnelle ont nommé le « travail d'ambiance ». Dire que l'ambiance fait l'objet d'un travail signifie qu'opérer sur la dimension de l'ambiance nécessite le maniement conscientisé de certains éléments ; que ce maniement s'apprend, de façon explicite mais aussi implicite et sensible, et s'appuie sur des savoirs et des savoir-faire. Dans les faits, en dehors des lieux pratiquant des formes de thérapies institutionnelles, le nécessaire travail de l'ambiance auxquels se livrent les collectifs humains (et parmi eux les directions d'établissements) n'est pas conscientisé ni ne fait l'objet d'une réflexivité particulière. L'ambiance comme phénomène à travailler et à l'intérieur duquel les directeurs travaillent nécessite d'être appréhendée indirectement, par le truchement d'un ensemble d'objets de la gouvernance qui peuvent en même temps servir de paramètres d'évaluation et d'outils d'assainissement de l'ambiance, au-delà de leur utilité à garder droit le cap de la gouvernance d'un établissement. C'est en m'inspirant de la conception paramétrique du cadre de Racamier que j'ai proposé de penser ces objets de la gouvernance, compris comme ce à travers quoi

s'exerce ce travail particulier de gouverner et d'être gouverné propre à la politique, autrement dit aux manières de vivre et d'organiser toute Cité humaine.

Il faut ici s'arrêter sur le mot même de « gouvernance ». A rebours de propos engagés visant, à partir de situations politiques réelles, à argumenter son inévitable infiltration par une idéologie néolibérale (Deneault, 2013), je plaide au contraire pour conserver et récupérer ce terme, qui désigne l'art et la pratique de gouverner, en complément du terme de « gouvernement » qui permet de désigner la partie instituée de cet art de faire particulier (Huynh-Quan-Suu, n.d.). Si la fonction de direction est à comprendre comme une mission spécifique propre à certains métiers ou positions (et qui est parfois collectivisée), je considère la gouvernance comme un phénomène plus large, nécessairement collectif, tout autant de l'ordre d'un effet que d'une cause. La « gouvernance » désigne en effet le phénomène par lequel on gouverne et l'on est gouverné et permet d'étudier les processus qui y mènent, afin de rendre compte de la façon dont les sujets prennent part à l'institution de dispositifs, règles et normes qui régissent leurs interactions. Cette réflexion est éminemment politique, si l'on considère avec Rancière que la gouvernance n'est pas réservée aux dirigeants (de façon analogue à l'idée, dans la P.I., que la décision n'appartient à personne en propre, n'en déplaie à la logique statutaire), mais que ce qui fait l'existence d'un sujet politique est précisément le fait de prendre part *à la fois* au fait de gouverner et d'être gouverné (Rancière, 1997). J'insiste du reste sur le terme de *phénomène*, dans la mesure où gouverner fait certes l'objet d'un travail, mais que la description de celui-ci ne suffit pas à englober ce par quoi et grâce à quoi on se *sent* partie prenante de tout système de gouvernement des hommes. La gouvernance fait à mon sens partie des objets qu'Edgar Morin qualifiait de « complexes », véritable système « auto-éco-organisé » (Morin, 2005) ou, comme le disait Jean Oury, nécessitant une machine abstraite du Collectif pour advenir.

La proposition-socle de cette troisième partie de mon programme de recherche ne vise donc pas qu'à décrire les fonctions de direction ou les vécus de ceux et celles qui les occupent. Il s'agit plus largement de cerner, analyser et expliquer les phénomènes de gouvernance grâce à l'étude de l'ensemble des facteurs par lesquels on peut gouverner et être gouverné. De façon plus précise et ciblée que la question politique de « qui » devrait représenter la gouvernance des organisations de santé en France, j'ai travaillé sur des populations de directeurs au sujet desquels la littérature scientifique en France est encore pauvre. L'intérêt pour le travail de direction d'hôpital a en effet surtout tourné autour de la concrétude du travail des « dossiers » des directeurs (Tourmen & Mayen, 2007), ou de leurs fonctions managériales (Schweyer, 2001, 2018). Le travail prescrit comme réel et le management des hommes n'existent pourtant pas dans un vide : du point de vue relationnel, l'ensemble des tâches à produire et des personnes présentes pour le faire se déroule dans une certaine ambiance, dont je partirai à présent du principe qu'elle constitue un pan important des phénomènes de gouvernance, et donc des missions de tout professionnel en fonction de direction.

A l'intérieur du champ de la clinique organisationnelle, mon travail de terrain au long cours auprès de directeurs et directrices d'hôpital m'a permis de me pencher sur les dimensions relationnelles et symboliques de la gestion de systèmes complexes comme le sont les établissements de santé. Certains des objets de la gouvernance que j'ai rassemblés ont déjà été extensivement étudiés par d'autres disciplines (sciences de gestion, sociologie des organisations), mais leur traitement par la psychologie clinique implique de s'attarder d'abord et avant tout sur le sens symbolique que ceux-ci prennent, au-delà de leur seule concrétude. Les objets en question peuvent se ranger en deux grands types : en premier lieu, ceux qui appartiennent au champ dit de « l'organisation », compris comme l'aire transitionnelle à l'intérieure de laquelle se construit, avec des éléments relatifs à l'établissement, la vie quotidienne concrète des structures hospitalières ; en deuxième lieu, des objets plus flous, dits

« institutionnels » pour signifier leur appartenance et leur circulation dans la « réalité sociale à valeur d'échange » (Chanoit et al., 1966) que tout collectif crée pour y opérer son travail. La circonscription de ces objets nécessite une connaissance interdisciplinaire, entre sociologie des organisations, sciences de gestion et plusieurs sous-disciplines de la psychologie (psychologie clinique, mais aussi psychologie du travail).

Cette typologie n'a pas vocation à être immuable : elle ne tiendra que jusqu'à ce qu'une autre, plus précise, plus exhaustive et plus juste la remplace. Elle aura pour l'heure l'avantage de permettre au chercheur se situant dans le champ de la clinique organisationnelle d'estimer, en fonction de critères que sont ces « objets » et de certains principes que je détaillerai plus bas, dans quelle mesure les pratiques de gouvernance auxquelles il a affaire peuvent ou non être qualifiées de « gouvernance clinique ».

3.3. Les objets organisationnels – référés au fonctionnement de l'établissement

La première catégorie d'objets de la gouvernance est constituée des éléments appartenant au fonctionnement concret d'un établissement. Les paramètres que constituent ces objets appartiennent au registre de ce que la psychothérapie institutionnelle nommait « l'établissement », mettant en avant le caractère stable et fixe des dimensions de toute structure de soin. Si la délimitation de ces objets fait souvent penser aux contraintes exogènes qui pèsent sur les directions à leur sujet, ils n'en restent pas moins des éléments avec lesquels les membres des équipes de direction et de tout collectif auto-géré sont en rapport. Plus que leur dimension seulement organisationnelle, c'est justement le type de rapport plus ou moins souple que les protagonistes participant à la gouvernance entretiennent avec eux que la distinction de ces objets permet d'interroger.

La hiérarchie. Élément scruté de près par le courant de la psychothérapie institutionnelle, la hiérarchie situe, via l'organigramme, les professionnels sur un axe vertical. Elle induit des effets de classement statutaire des acteurs, à partir du moment où le statut est considéré comme une « petite propriété » (Oury, 1986, p. 219) dont chacun tire sa fierté ou sa honte. Si la hiérarchie est considérée comme un niveau de réflexion parmi d'autres, il devient alors accessoire de se sentir fantasmatiquement posséder l'aura ou le pouvoir qu'elle octroie. Vis-à-vis de cet objet, la gouvernance clinique a des manières de faire proches de la psychothérapie institutionnelle, impliquant à la fois la conscience du caractère symbolique du statut, qui donne pour prérogative de signifier la Loi, mais aussi la nécessité de se départir parfois de la veste statutaire afin de ne pas jouir de son propre pouvoir, au détriment d'un partage plus démocratique (au sens de Rancière, 1997) de celui-ci. Ce rapport différent à la hiérarchie, qui permet aux individus en position de *top management* de ne pas résumer leurs apparitions à leur statut, ouvre la voie à une plus grande proximité avec les personnels qu'ils encadrent. Le principe est double : tout d'abord, se dégager d'un rapport de propriété qui lierait les directeurs à leur statut, ou d'un rapport d'identification totale (« je *suis* directeur ») à celui-ci. Ensuite, lorsque le statut ne sert pas de faire-valoir narcissique, lorsqu'il ne définit pas l'être total du directeur au travail, une « gymnastique mentale » entre statut, fonction et rôle devient possible, qui permet de multiplier les registres à partir desquels ces professionnels s'adressent à autrui :

« C'est à dire que moi ça ne me dérange pas d'être proche du terrain, des médecins ou des soignants. Tu vois ? Voilà, je ne suis pas dans la représentation de la fonction de direction, tu sais dans son, comment on appelle ça, dans son, dans son... bunker tu sais, qui dirige... Tout en ne sachant pas, dans la tour d'ivoire »

(T1DH46)

L'espace. Il s'agit ici de questionner les choix d'organisation des espaces utilisables, allant des démarches plus ou moins participatives préalables à la construction d'un bâtiment hospitalier jusqu'à un niveau de granularité bien plus fin comme celui d'une salle de répit pour les professionnels soignants, ou d'un « salon de recrutement » sans bureau⁴³. Penser l'espace implique de penser ses usages sans jamais perdre de vue l'habitabilité des lieux, en tant que celle-ci détermine – ce qui est conscientisé dans le mode de gouvernance clinique – la qualité des relations qui s'y développeront ou non. L'espace est également intrinsèquement symbolique, en tant que représentant du territoire de la direction par exemple ; les lieux des rendez-vous font donc partie de la réflexion plus générale sur l'amélioration des relations :

« quand je sens que quelqu'un ne peut pas franchir les portes du bureau parce qu'il s'autorisera pas dans ce bureau de se décharger, de dire les choses telles qu'il les voit vraiment [...] donc si on ne le fait pas là, on va boire un café à la cafet', on va aller à l'espace [pour le personnel] ou je monte dans leur bureau, où là ils ont leur confort et ils se sentent chez eux [...] Et je vais sur les sites extérieurs à la rencontre des gens. Je ne convoque pas systématiquement, je ne donne pas rendez-vous forcément dans mon bureau » (T1DS43)

Rendre l'espace habitable peut enfin consister à y laisser des signes du fait qu'il appartient à tous, ce qui peut passer par l'usage de symboles sociaux connus comme l'installation de décorations pour les fêtes (questionné au sujet de l'installation d'un arbre de Noël dans un hall d'entrée d'établissement, il m'a ainsi été dit : « ça leur parle »).

⁴³ Ces deux exemples ont été rencontrés sur mes terrains.

Les « moyens ». Je reprends ici un terme très utilisé dans le monde hospitalier et qui fait l'objet de nombreuses négociations, notamment lors de réunions formelles (les « instances »), mais aussi en *off* et lors de rendez-vous individuels entre médecins et directions fonctionnelles, voire chefferie d'établissement. Les moyens comprennent l'octroi de postes, donc de temps de travail, mais aussi le matériel et la possibilité de réaliser des travaux. La promesse de « moyens » injectés dans une activité de soins donne la reconnaissance accordée, par l'établissement, de tel ou tel service, du médecin qui organise l'activité en question, de l'équipe qui reçoit une « prime d'engagement collectif », et ce au-delà de la valeur ajoutée qu'amènera l'activité en termes de budget global. Si le discours journalistique sur les moyens met surtout l'accent sur les politiques publiques finançant la santé, cette question se donne à voir dans les établissements à une échelle plus micro, touchant aussi les objets du quotidien :

« je considère que nous [NB : les directeurs] on se doit de leur apporter l'environnement qu'ils demandent, faire une chambre de garde, enlever une caméra, c'est pas beaucoup, c'est facile pour nous. Alors que derrière il y a un gros effort collectif qui est fait, un engagement collectif qui est fait. Je pense que c'est une petite façon aussi de reconnaître et d'accompagner, si tu veux, ces engagements collectifs » (T1DH46)

Les informations. La sociologie des organisations a considérablement défriché l'importance des informations et leur circulation (Crozier & Friedberg, 2014). Sans aller du côté de l'impératif de transparence, qui postule sans plus de limites que tout pourrait être dit partout, avoir conscience du caractère symbolique de la transmission d'informations est essentiel. Il ne s'agit pas que de possession de pouvoir : les agents hospitaliers indexent parfois leur sentiment d'être reconnus au fait d'être invité ou non à une réunion, ou d'être destinataire d'un mail

donnant des éléments sur des thématiques les concernant. Une directrice des ressources humaines le formulait ainsi :

« dès lors que t'apportes pas de réponse ou que tu patines, ils pensent que tu caches un truc. [...] peut-être qu'un des premiers devoirs de quand on est en position de responsabilité, c'est d'expliquer beaucoup, beaucoup, beaucoup, pour que les autres... Pas pour se justifier, mais pour que les autres comprennent parfois des choses qui sont longues parce que il y a des choses qui peuvent être injustes quand c'est long » (T1DHXX).

La circulation des informations semble être l'un des points les plus sensibles quant à l'émergence chez les professionnels d'un fantasme de « l'institution malfaisante » (que j'ai décrit dans Haliday, 2021b), consistant en une attribution d'intentions de nuire par les agents d'un établissement donné à la structure institutionnelle elle-même (« l'institution nous laisse tomber » ; « on ne nous écoute pas » ; « ils prennent les décisions sans nous »).

Le « périmètre ». Si le terme a très peu cours dans les services de soins, où les professions paramédicales tendent plutôt à parler de leur « rôle propre », il recouvre chez les directeurs d'hôpital la même idée, à savoir celle d'un axe horizontal de distinction des actions et des prérogatives des uns et des autres. Dans un champ hospitalier nécessitant un découpage de tout établissement de santé en « directions fonctionnelles », le périmètre d'un directeur correspond à l'étendue de ses prérogatives propres. Celui-ci tend rapidement, dans la plupart des équipes de direction, à devenir le témoin de la « petite propriété » de chacun (Oury pouvait utiliser à cet égard le terme de « petit royaume »). Il s'en suivra une défense parfois virulente des bords de son enclos professionnel de peur que d'autres y touchent :

« Ah bien la bataille de périmètres, c'est « attention moi j'ai un portefeuille d'activité, je suis directeur, j'ai un portefeuille d'activité, toi tu t'occupes de ton portefeuille, tu viens pas empiéter sur mon portefeuille à moi ». Par exemple moi j'ai mon, mon périmètre qui est quand même assez large, c'est les organisations de soins. Moi ça ne me dérange absolument pas, qu'un de mes collègues vienne me dire attends là en termes d'organisation, peut-être qu'on pourrait améliorer le système, etc. » (T1DS49)

Toutefois, mes observations tendent à montrer que le rapport au périmètre peut tout à fait être souple dans certaines équipes. Sur l'un de mes terrains, les dossiers partagés lors du tour de table de fin de réunion de comité de direction étaient si bien connus des uns et des autres qu'aucun rappel ou contextualisation, ou presque, n'était nécessaire pour que la discussion ait lieu sur les sujets amenés successivement, et ce sans que les propositions, interventions et idées au sujet des projets menés par d'autres ne donnent lieu à des crispations narcissiques.

Le temps. Dans des établissements où le temps est devenu une ressource rare, celui-ci a pris une valeur autre qu'économique : donner de son temps à autrui, « prendre le temps » qu'il faut pour accueillir l'autre qui en fait la demande, « laisser le temps aux gens pour s'exprimer » devient une marque de reconnaissance, voire de sollicitude. Le temps est une denrée qui s'échange et sert de mesure commune de l'intérêt que chacun porte aux autres (en combien de temps peut-on obtenir un rendez-vous avec un directeur ? De combien de temps dispose-t-on ? Quel accueil est réservé à celui qui signifie qu'il a peur de « prendre du temps » inutilement ?) ; il est monnaie d'échange, et donc aussi symbole. L'allocation de cette ressource temporelle peut, ou non, prendre conscience et acter le fait que les temporalités de chacun, à l'hôpital, sont différentes, et plus encore que le rythme subjectif est radicalement différent d'une cadence de

travail. Une allocation du temps indexée sur le rythme subjectif des personnes nécessite de faire usage d'une certaine « capacité négative » telle que théorisée par W.R. Bion à partir de l'œuvre de Keats (Bion, 1984; Simpson & French, 2006), à savoir une capacité à tolérer l'inaction réflexive qui seule permet une écoute aussi dénuée que possible de projections :

« si ça prend un quart d'heure, ça prendra un quart d'heure. Ou si on est bloqué, moi je me fixe des fois des plages, d'une demi-journée, et si ça dure une demi-heure, ça dure une demi-heure [...] Mais si ça doit durer la demi-journée, j'avais pris le temps mentalement de prendre du temps pour ça, et c'est un réel travail » (T1DS43)

Le rapport au temps, là aussi, est donc double : à la fois condition « matérielle » d'une disponibilité psychique pour autrui, mais aussi élément qui peut être donné comme signe de reconnaissance et de l'importance que l'on accorde aux autres malgré un « emploi du temps » chargé : « puisque ça a de l'importance, j'arrive à le voir » (T1DHXX).

3.4. Les objets institutionnels – référés à la vie de l'organisation

D'autres objets du travail ressortissent de façon plus évidente au domaine de l'institution, au sens de la psychothérapie institutionnelle, c'est-à-dire au niveau du réseau d'échanges interhumain. Les objets du travail institutionnel que j'ai repérés sont les suivants :

La parole. La parole m'était apparue il y a déjà longtemps comme un objet sensible, voire anxiogène, lorsqu'au cours de ma recherche-action au CHU de Clermont-Ferrand un chef de pôle m'avait lancé que mon initiative d'ouvrir des espace-temps de discussion collective risquait de « balkaniser les services », autrement dit de les faire exploser. Du point de vue concret, la parole aide à transmettre les informations, et de nombreuses questions se posent

quant aux conditions qui la favorisent ou l'inhibent. Du point de vue symbolique, le pouvoir qui est supposé à la parole peut la rendre indésirable, presque persécutrice alors que sa libre-circulation permet au contraire plusieurs choses : déhiérarchiser et humaniser les relations, mais aussi se rapprocher de l'expérience d'autrui :

« ce temps d'entretien de recrutement avec un potentiel employeur, la parole n'est quand même pas libre. Donc c'est pour ça qu'avec les étudiants [en fin de formation], on leur a demandé « Qu'est-ce qu'ils aimeraient comme type d'entretien ? » (entretien T1DHXX).

Le convivium. Je regroupe sous ce terme l'ensemble des paramètres qui donnent une certaine consistance au quotidien et aux interactions formelles comme informelles, à la fois sens de la convivialité et sens de la fête. Ce qui matérialise le mieux ce « vivre ensemble » est la nourriture et la boisson : celles que l'on pense ou non à commander pour des réunions se déroulant – ou débordant sur – l'heure du déjeuner, le café que l'on sert et l'ensemble des diverses sucreries apportées le matin, dont je me suis rendu compte qu'elles n'étaient pas moins présentes au niveau des directions que dans le travail soignant quotidien. La valeur de la nourriture excède toutefois largement le plaisir matériel de manger : celle-ci fait partie de multiples rituels destinés plus généralement à ce que les personnes soient présentes à elles-mêmes et aux autres lors de moments d'échanges. Les rituels d'achat de pains au chocolat lors d'un retard en comité de direction, des chouquettes distribuées par une cheffe d'établissement lors de son arrivée le matin, des repas suivant les séminaires de direction, témoignent au même titre que l'interdiction des ordinateurs en staff de direction de ce souci de l'« être-là » de soi et d'autrui, afin d'organiser la convivialité du collectif :

« ça rejoint la convivialité, tu vois, on a la certif', c'est fini, on va aller boire un coup pour te dire que c'est fini et que ça s'est bien passé. [...] Je crois que c'est ça le prérequis, c'est d'avoir envie d'être là et d'être utile et de faire quelque chose. C'est ça et ensuite de le partager, de le partager dans des réunions sérieuses et formelles, de le partager aussi... Je ne sais pas, moi, autour d'un café ou autour d'un apéro autour d'un moment de convivialité, de créer du lien en fait »
(T1DHXX)

Le Soi. J'utilise ici volontairement le terme de Soi afin d'éviter de parler de Moi : il s'agit du *self*, de la partie de nous-même que l'on ressent comme authentique, et de la part de faux-self qui est inévitablement impliquée dans nos rapports aux autres, du côté du masque social et du semblant nécessaire dans les interactions normées au travail. L'idée du Soi comme objet de travail recoupe la littérature sociologique (Hochschild, 1983) et psychologique au service du management (Strazdins, 2000) sur le travail émotionnel, à la fois *labour* (travail ouvrier du Soi écrasant la part authentique au profit de la part nécessaire à la relation de service) et *work* (travail réalisé pour nommer, éclaircir et par là apaiser ses émotions et celles des autres, au sens donc du traitement psychique des affects) (Haliday, 2024b). Dans le mode de gouvernance clinique, le champ lexical est celui de l'« authentique », de l'être-là afin de se sentir être-avec-les-autres, d'être « humain », « soi-même » et pour cela de travailler sur la connaissance de soi : « *apprenez à vous connaître et à connaître vos équipes* » (propos d'un DAG, notes de terrain, novembre 2022). En considérant le Soi comme un outil à part entière du travail de l'ambiance, la présence à autrui prend une place essentielle, tout comme la conscientisation du rapport entre l'être et le faire, entre le sentiment de Soi et sa propre pratique :

« Je pars quand même du principe que ce qu'on vit nous-mêmes, on le répercute de toute façon. Ou à un moment donné ça transparait dans ses propres pratiques. »

(T1DS49)

Les nombreux dispositifs de coaching et d'accompagnement au leadership proposés aux directeurs d'hôpital témoignent de cette conscience généralisée de la nécessité d'un travail sur cet objet que devient leur Soi. Ils sont toutefois aussi le signe de l'écueil personnaliste du leadership encore prégnant dans le champ managérial, qui pousse les professionnels en fonction de direction à individualiser leur fonction de décision et à vivre seuls les éprouvés d'anxiété et de culpabilité qui peuvent s'y lier.

L'Autre. Il est entendu qu'autrui nous apparaît toujours sous sa forme réelle et concrète comme celui avec qui nous pouvons rentrer en relation, ou au contraire avec lequel la relation peut être barrée par une somme de considérations imaginaires :

« au début, en fait, les soignants, enfin les soignants, les médecins, quand on a fait les premières cellules de crise, ils ont vu à quoi servait entre guillemets ce qu'ils appellent l'administration. Parce qu'ils nous appellent l'administration. Alors maintenant ça change un peu mais ils nous appelaient avant l'administration »

(T1DH46)

Ce qui pour moi fait « objet » est ici surtout l'Autre comme catégorie du discours, l'Autre tel que je me le représente et tel qu'il vit dans mon monde intérieur comme objet « interne », et à qui j'aurai en conséquence tendance à attribuer, au quotidien, des intentions plus ou moins fantasmatiques, plus ou moins déconnectées de la réalité partagée. Face à de telles

représentations fantasmatiques d'autrui, nous sommes toujours poussés, tel l'enfant décrit par Mélanie Klein, à aller observer et vérifier dans le monde réel la véracité de nos constructions mentales, en vue de créer des représentations plus conformes à la réalité partagée avec les autres (Klein, 1940). En l'absence d'une possibilité de les connaître avec certitude, la *perception* et *l'interprétation* des intentions d'autrui est un indicateur essentiel d'une ambiance : arriver à le percevoir simplement comme autre que moi relève déjà d'un travail que les directeurs pratiquant une forme de gouvernance clinique font au quotidien. Étonnamment, cela peut se faire par le truchement de théories relevant du développement personnel : je pense par exemple aux « Quatre accords toltèques » affichés dans certains bureaux, le troisième de ces « accords » stipulant de ne pas « faire de suppositions », notamment sur les intentions d'autrui. Il s'agira dans tous les cas de maintenir une considération pour autrui qui évite l'écueil consistant à projeter sur lui l'ensemble des représentations imaginées et affects ressentis en soi. Garder à l'esprit le caractère inconnaissable et mystérieux d'autrui plutôt que de lui imputer nos propres contenus psychiques permet d'ouvrir la discussion vers une connaissance d'autrui qui ne soit pas uniquement de l'ordre d'une réception de notre propre message sous une forme inversée (Porge, 2015).

Les affects. A l'époque des premières vagues de la pandémie de COVID-19, l'un des directeurs avec lequel je collaborais le plus avait résumé l'essentiel de sa chefferie d'établissement à un travail de « gestion de l'angoisse ». Ce faisant, il m'avait donné à entendre combien les affects font partie du travail de gouvernance, et plus encore de la gouvernance clinique. Sentir que des affects circulent et infiltrent les professionnels permet de mieux comprendre certains effets de sidération aujourd'hui bien documentés au cours de cette période, surtout lors de la première vague, mais permet aussi de revenir à la dimension pré-réflexive essentielle de l'ambiance, qui

commence dans la sphère du sentir (Bittolo, 2023). La contagion émotionnelle n'a pas attendu le management pour être théorisée, mais il n'en est pas moins intéressant qu'elle réapparaisse aujourd'hui sous ses auspices, et sans référence à la psychanalyse (Boisard-Castelluccia & van Hoorebeke, 2010). Utiliser les affects comme objet de gouvernance à des fins de travail de l'ambiance implique d'accepter la dimension sensible du travail de direction :

« J'étais cadre qui plus est dans un CHU, avec des équipes de direction un peu différentes... on le voit tout de suite. On le voit tout de suite parce que quand vous assistez à des rencontres, pendant la rencontre il y a de l'animosité entre deux membres d'une équipe de direction, on sent qu'ils ne sont pas d'accord sur les sujets et qu'il y a un peu de... On le sent ça, c'est des choses qui se sentent, c'est des choses qui se voient, c'est des choses qui s'entendent aussi quelquefois dans le discours »
(T1DS49)

Je n'exclus nullement que d'autres objets s'ajoutent à cette double liste. Pour y figurer, il faut toutefois qu'un objet, à l'instar de ceux détaillés ci-dessus, possède une valeur concrète, parfois matérielle, mais soit aussi un symbole couramment utilisé dans les organisations, autrement dit qu'il en vienne à signifier plus et autre chose que lui-même.

Les objets du travail de gouvernance que j'ai décrits ont vocation, comme les concepts opératoires de la P.I. que j'avais systématisés dans ma thèse, à analyser et guider les pratiques de gestion collective. Leur circonscription et la façon dont je les ai présentés sont encore très proches du contexte hospitalier spécifique qui m'a permis de les penser, et j'ai à plusieurs reprises anticipé en les décrivant leur usage symbolique dans un contexte de gouvernance clinique, alors qu'ils sont à mon sens des paramètres pertinents pour estimer tout travail de gouvernance, même le plus aliéné. Il me faut à cet égard aller un peu plus loin : proposer cet

ensemble d'objets ne suffit pas à décrire la spécificité de modalités de gouvernance qui intègreraient la perspective clinique. La circonscription des objets de la gouvernance m'a permis de déboucher sur une construction théorico-pratique appuyée par mes enquêtes en établissements de santé, que j'ai proposé d'appeler « gouvernance clinique » car elle peut à mon sens être considérée comme le paradigme pratique de la clinique organisationnelle, de la même façon que la psychothérapie institutionnelle était le paradigme pratique des cliniques institutionnelles au sens large. Mes élaborations constitueraient le pendant théorique de cette pratique de la gouvernance clinique, et mon travail méthodologique un pont permettant à la pratique de nourrir de théories qui ne s'élaborent pas nécessairement sur le lieu de la pratique elle-même.

A considérer que la gouvernance clinique soit une méthode, et toute méthode portant sur des *objets* à partir de *principes* guidant la pratique, je m'essaierai ci-dessous à la description de quelques principes de travail propres à la gouvernance clinique, que je considère donc essentiels à la caractérisation de sa spécificité.

3.5. Définir la gouvernance clinique par ses principes de travail

Le travail d'ambiance que fait la gouvernance clinique obéit à la même logique *paramétrique* que le travail de psychothérapie institutionnelle : chaque objet de la gouvernance se prête à la fois à l'analyse de ce qui se passe et à la stratégie d'action pour l'assainissement de l'aliénation. Plus encore, ce mode de gouvernance représente, sans que cela soit formulé comme tel ni que ceux et celles la pratiquant soient explicitement guidés par la psychanalyse, une pratique de direction possédant des effets *analytiques* sur ses acteurs et partant sur une partie des relations qu'ils tissent avec leurs collaborateurs hospitaliers. A rebours des injonctions à faire des directeurs des facilitateurs de bien-être à l'hôpital, théoriser la

gouvernance clinique n'entend pas transformer les directeurs en cliniciens mais postuler qu'il existe un certain travail clinique dans la fonction de direction. Ce postulat, je l'ai dit plus haut, prend racine dans ma formation de clinicienne, mais aussi dans l'immersion progressive que j'ai menée dans le monde des directeurs et directrices d'hôpital depuis 2020. A rebours de la façon dont beaucoup d'entre eux se présentent et se donnent à voir, j'ai été amenée à penser qu'une véritable sensibilité aux ambiances, au registre du « pathique » et aux circulations inconscientes d'affects et de fantasmes existe et peut être nourrie chez les directeurs (ainsi que chez tout professionnel ayant pris des fonctions managériales). Celle-ci nécessite que soient posés de nombreux piliers gardant chacun de s'enfermer dans des défenses rigides face aux éprouvés propres au travail émotionnel que fournissent ces managers de haut niveau – des piliers anti-pathoplastie, en somme.

Ainsi, la gouvernance clinique se définit non pas par ses objets – ceux-ci étant à mon sens des objets fondamentaux du travail de gouvernance, qu'ils soient repérés ou non comme tels par les acteurs -, mais par le traitement qu'elle leur donne, et les principes en fonction desquelles elle pense et agit. Il m'est possible d'en décrire quelques-uns à partir d'éléments repérés sur mes terrains : une sensibilité à l'ambiance et une logique de l' « asepsie » plutôt qu'un idéal du « bien-être » au travail ; la conscience d'opérer sur l'ensemble des objets du travail de gouvernance, et plus encore de leur caractère symbolique ; la capacité de « double écoute » des phénomènes institutionnels qui en découle, permettant une « position interprétative » ; et un certain mode de dissémination de cette façon de fonctionner opérant par l'exemple, destiné à éveiller la sensibilité d'autrui et promouvoir des pratiques d'apprentissage par l'expérience plutôt que l'application de théories.

3.5.1. Sensibilité clinique et renversement de la logique du bien-être

Entretenir un certain rapport avec l'ambiance de l'établissement dans lequel on travaille nécessite d'être à l'écoute « de ce qui n'est pas dit » (DRH, notes de terrain, mai 2022), ou autrement formulé, des « signaux faibles ». Cette sensibilité clinique à la dimension affective et pré-réflexive de l'ambiance peut être rapprochée de ce que le poète John Keats a circonscrit sous le vocable de « capacité négative », « *celle de l'homme quand il est capable de se trouver au milieu d'incertitudes, de Mystères, de doutes, sans irritation impatiente de parvenir à un fait et à la raison* » (Poulain-Colombier, 2014). Aborder les phénomènes d'une organisation grâce à sa capacité négative nécessite pour chacun d'éclaircir son rapport à l'incertitude, autrement dit à l'impossibilité de connaître et maîtriser intégralement les rouages de structures aussi grosses et complexes que les établissements de santé (Haliday, 2025, à paraître).

Les éprouvés, les intuitions et plus globalement le registre du « pathique » (au sens de Maldiney, voir par exemple Escoubas, 2016) peuvent donc être un outil de travail pour les directeurs, plutôt que d'être catégorisés comme éléments indésirables et parasites d'un travail de direction efficace. Il ne s'agit pour autant pas d'un « travail émotionnel » au sens de la sociologie des émotions (Hochschild, 1983). Les écrits de ce courant étudient préférentiellement les processus par lesquels certains professionnels des secteurs du service doivent réprimer leurs émotions authentiques et afficher des émotions normatives afin de mener la relation de service jusqu'au bout. Ma sensibilité est ici plutôt tournée vers la possibilité d'être présent au monde et authentique (au sens de la psychanalyse, c'est-à-dire proche de son désir spontané). S'ils usent certes de leurs affects ou de leur personnage social à des fins performatives, les DH peuvent également user de leur perméabilité à leurs émotions et à l'ambiance comme un outil de travail afin d'adopter face aux phénomènes se déroulant dans les groupes une position interprétative, « à la fois dans et en-dehors d'eux-mêmes, et à la fois dans et en-dehors de leur organisation » (Shapiro, 1991). J'y reviendrai.

Cette sensibilité est bien différente d'un désir de réparation tel qu'il peut s'exprimer dans la mise en place de kyrielles d'interventions QVT parfois plus farfelues les unes que les autres⁴⁴. Des années de travaux sur la Qualité de Vie au Travail indiquant la nécessité d'aménagements organisationnels et pas uniquement individuels n'ont en effet pas empêché l'augmentation constante d'interventions individuelles visant un mieux-être au travail. Ces interventions ont cependant été pointées du doigt comme inefficaces (Fleming, 2024), car elles ne touchent pas aux questions plus fondamentales de la façon dont le travail et les relations au travail sont organisées. A cet égard, le travail de gouvernance clinique revient aux sources du mouvement en faveur d'une meilleure QVT : il fonctionne à partir d'une intention sensiblement similaire à celle de la psychothérapie institutionnelle lorsqu'elle promouvait l'« asepsie » du milieu, plutôt que de tenter d'atteindre un bonheur ou un bien-être au travail idéalisé (pour un développement des liens entre QVT et psychothérapie institutionnelle, voir Haliday, 2019b). Les chercheurs ayant circonscrit un mode de management « salutogénique » (Richard et al., 2018), axé vers l'élimination des irritants et non la maximisation du plaisir au travail, sont d'une certaine façon allés dans ce sens sans pour autant en connaître les racines : à l'image des plaies réelles, des relations abîmées dans les groupes humains peuvent empirer si rien n'est fait pour endiguer la prolifération d'agents pathogènes dans les échanges interpersonnels.

Ainsi, à rebours de la logique idéale faisant du bien-être le chemin vers la performance, la gouvernance clinique entend d'abord d'effectuer le travail permanent d'assainissement de ce qui circule dans les canaux communicationnels hospitaliers et risque toujours de devenir gangrène. Les « agents pathogènes » dont il est question ne sont pas des personnes, ni des groupes. Ils relèvent de la réalité psychique des individus, des équipes et des institutions : affects et fantasmes ont un effet sur nos perceptions du monde et nos façons d'interagir avec

⁴⁴ Mes enquêtes de terrain m'ont montré que la venue de food-trucks, les ateliers de sophrologie, les fauteuils de sieste et les massages constituaient des interventions souvent utilisées et plébiscitées, même s'il était bien difficile de dire par qui (les professionnels ? les directeurs ?).

autrui, et doivent faire l'objet d'un certain traitement psychique afin qu'ils n'obèrent pas notre perception de la réalité partagée. Seul ce traitement psychique garantit la robustesse du système, pour reprendre le paradigme développé par Olivier Hamant contre l'idéal de performance (2023), qui vise l'ouverture des possibles « *en multipliant les options. Elle crée des chemins alternatifs dans un environnement imprévisible* » (p. 22).

Une partie du travail d'asepsie à faire, qui concerne l'aliénation sociale, va précisément consister à subvertir l'impératif de performance au profit d'un impératif de robustesse, selon la logique qui fait écrire à Chaperot et Altobelli que « *lutter contre les effets néfastes d'un facteur peut se retourner en la promotion d'un effet bénéfique de ce même facteur.* » (2014). Seule cette pensée permet de comprendre que le rapport des directeurs ayant un mode de gouvernance clinique à l'ensemble des objets de leur travail ne soit pas un pur rapport à la production et à la performance, mais une exigence de robustesse du système hospitalier qu'ils dirigent, autrement dit de préservation d'une multiplicité d'options organisationnelles pour que le soin continue à avoir lieu. Nous avons entendu formuler cette exigence par deux chefs d'établissements différents comme un désir que ce système fonctionne même sans eux, exigence qu'ils mettaient concrètement en œuvre en encourageant leurs adjoints à traiter certains dossiers en leur absence, autrement dit sans leur demander de trancher⁴⁵.

3.5.2. Tout est symbole

Ce qui fait l'apport essentiel de la gouvernance clinique est, comme je l'ai rapporté plus haut, de pouvoir « se mettre à l'écoute de ce qui n'est pas dit », ou pas dicible. C'est autrement dit son travail *symbolique* et non seulement matériel qui la distingue des autres modes de

⁴⁵ L'un des établissements enquêtés possédait ainsi deux modalités de réunion de l'équipe de direction : un CODIR, ou comité de direction, où la cheffe d'établissement était présente, et une réunion appelée RDD (revue de direction), où les adjoints se concertaient entre eux afin d'accélérer le traitement de certains problèmes qui n'appelaient pas nécessairement un regard de la direction générale, mais plutôt une collaboration entre pairs.

gouvernance hospitalière et ouvre la porte à un renouvellement théorique, méthodologique et pratique du travail d'« asepsie » du milieu dans les structures de soins, tel qu'il est conduit par ceux qui sont en charge de leur gouvernance. Ce travail d'asepsie, qui ne consiste pas en une aseptisation des relations mais s'appuie sur la métaphore chirurgicale pour situer que toute plaie doit être nettoyée de ses agents pathogènes pour éviter les gangrènes, s'inspire encore et toujours, quoique de façon moderne, des apports essentiels du courant de la psychothérapie institutionnelle :

« Il faut déblayer, nettoyer sans arrêt, dès qu'on tourne la tête, ça reprend. C'est pire que la poussière. [...] Existe-t-il un moyen de sensibiliser, c'est-à-dire d'enlever tous les anticorps mal foutus et avec accès à des choses simples ? » (J. Oury, 2014, p. 43)

Sensibiliser nécessite une conscience du caractère symbolique, ou « parlant » (au sens des « actions parlantes » chez Racamier) de la parole, de la présence des directeurs et de leur action. De façon analogue à ce qu'Ernst Kantorowicz avait épinglé comme le « double Corps du Roi », les professionnels placés en position de gouvernance ont conscience de ce que leur métier implique qu'ils ont un « *Corps naturel et un Corps politique ensemble indivisibles ; et ces deux Corps sont incorporés en une seule personne, et forment un seul Corps et non plusieurs [...]* De telle sorte que le Corps naturel, par cette conjonction du Corps politique avec lui (lequel Corps politique contient l'Office, le Gouvernement et la Majesté royale) est magnifié, et par cette même consolidation, il contient en lui le Corps politique » (Kantorowicz, 1989). Le rapport qu'ont ces professionnels à la gouvernance tient compte de cette double dimension de leur corps : à la fois d'une nécessaire concrétude, et à la fois symbolisant bien plus que sa seule matérialité. Ainsi, il faut pour qu'il y ait gouvernance clinique que ceux qui agissent aient à l'esprit les caractères symboliques des objets de leur travail, qui déterminent les valeurs qu'ils prennent dans les échanges interhumains.

Considérer les objets de son travail comme ayant tous une valeur symbolique implique de positionner son action en fonction de la réalité psychique institutionnelle, et plus seulement de la nécessaire dimension organisationnelle de l'hôpital : ceci contribue à la particularité du positionnement des managers fonctionnant sur le mode de la gouvernance clinique. Cela suppose de reconnaître la validité écologique de la différence entre réalité matérielle et réalité psychique, selon la différence faite par Freud en 1900 : « [...] on est bien forcé de dire que la réalité psychique est une forme d'existence particulière qui ne saurait être confondue avec la réalité matérielle » (Freud, 1900/1967). La réalité psychique possède des caractéristiques spécifiques : la fluctuation des liens entre signifiants et signifiés, expliquant les constructions de sens très singulières aux individus et aux groupes ; l'internalisation permanente d'objets (au sens large du terme, comprenant personnes, choses, situations et événements) qui vivent dans notre monde intérieur (Klein, 1940) ; sa dimension fantasmatique, enfin, faisant des « scénarios imaginaires » (Laplanche & Pontalis, 2007) mettant les sujets en rapports avec leurs objets internes les déterminants prévalents du comportement des sujets et des groupes, par rapport aux scènes de la réalité quotidienne communément vécues. « Donner des moyens » supplémentaires ou proposer des « espaces de discussion » au hasard, sans tenir compte de ce que les moyens en question ou la parole rendue possible *signifient* pour les professionnels, revient par conséquent à se tromper de cible, avec des conséquences organisationnelles réelles.

C'est donc au nom de la conscientisation de cette différence fondamentale entre réalité psychique et réalité matérielle – même lorsqu'elles ne sont pas nommées ainsi, mais plutôt en des termes signifiant une distinction perçue entre le manifeste et le latent, avec l'expression des « signaux faibles » utilisée par mes interviewés – et de leur complémentarité pour l'organisation quotidienne que la gouvernance clinique s'autorise à user d'une position spécifique vis-à-vis du monde, qui cible non pas chaque objet de la gouvernance dans sa seule valeur concrète mais consiste plutôt à ce que se rejoignent la valeur matérielle et la valeur symbolique attribuées à

chacun de ces objets. Comment nommer cette position spécifique adoptée par les directeurs de « l'écoute de ce qui n'est pas dit » (T1DHXX) ? J'ai repris à mon compte l'expression d'E. Shapiro lorsqu'il explicitait sa conception du travail de consultant, et parlerai de la « position interprétative » (1991).

3.5.3. La position interprétative

L'interprétation n'est pas un don de sens autoritaire tombant du Ciel directorial pour abreuver les masses ignorantes de leurs propres mouvements internes. Si elle est une action mentale qui confère un sens nouveau aux éléments de la vie réelle, ce sens n'est pas créé *ex-nihilo* : il procède de la mise en lien d'éléments a priori sans lien et pourtant connectés du monde extérieur et du monde interne des professionnels hospitaliers :

« La deuxième caractéristique de notre position est qu'elle nous permet de relier des hypothèses qui proviennent de différents secteurs de nos vies sans engendrer de confusion [...] Un engagement à développer une telle interprétation partagée nécessiterait que tous les participants soient disposés à considérer l'expérience de chaque personne comme potentiellement valide » (Shapiro, 1991 traduction libre)⁴⁶.

On peut donner de cette position un exemple de terrain, concernant un chirurgien hospitalier venant voir son chef d'établissement du fait de difficultés organisationnelles en matière de gardes. Nous relatons l'histoire telle qu'elle nous a été racontée par le chef d'établissement :

⁴⁶ Extrait initial : "the second feature of our stance is that it allows us to connect hypotheses that originate in different sectors of our lives without producing confusion [...] a commitment to developing such a shared interpretation would require all the participants to be willing to consider each person's experience as potentially valid".

Un chirurgien de plus de 55 ans, « ancienne génération, old school », du type qui « tend les bras ; ils attendent qu'on les habille », vient voir le directeur à l'automne et lui parle de façon au départ condescendante et agressive d'un problème de permanence des soins, sur une discipline émergente dans ce Centre Hospitalier mais pour laquelle une ligne de garde spécifique n'était pas encore dédiée. Il est particulièrement en colère, épuisé, et le directeur de noter « *pour qu'il vienne me parler c'est qu'il y a un truc qui ne marche pas, sinon il parle à la Directrice des Affaires Médicales, pas à moi* ». Après quelques minutes de récriminations, le directeur lui répond « *il faut que tu arrêtes de faire de la permanence des soins ; il faut que tu arrêtes les gardes* ». Le praticien abasourdi semble n'avoir pas pris conscience de la signification de la phrase, et au bout de dix minutes le directeur répète sa décision : « *Je vais dire à la direction des affaires médicales de te faire sortir du tour de garde, ça suffit tu as gagné le droit de ne plus en faire* ». La décision est prise et appliquée. Ce directeur retrouve le chirurgien plusieurs mois plus tard, au printemps : celui-ci a appelé le secrétariat pour demander à l'inviter à déjeuner « *pour le remercier de m'avoir dispensé de gardes* ». Lors du déjeuner, c'est le chirurgien lui-même qui lui dira « *je voulais te remercier je n'en pouvais plus, ça a changé ma vie, je ne m'en rendais pas compte* » (notes retravaillées, mars 2024)

La formulation d'une interprétation permet de faire advenir dans la conversation quelque chose qui n'était pas dit au départ, mais simplement ressenti et pourrait-on penser, en attente de nomination. A l'instar de ce que Shapiro écrivait sur la position interprétative, cette intervention par la parole situe le vécu de ce chirurgien comme « valide » aux yeux d'un établissement incarné par l'un de ses directeurs. Elle illustre combien, parfois à son insu, la gouvernance clinique tient compte du fait que chaque professionnel vit dans sa réalité psychique avec une « institution internalisée » (nommée « *institution-in-the-mind* » par Shapiro & Carr, 1993) dont la représentation ne cesse de s'actualiser dans les dires, faites et gestes des personnels de direction qui la représentent.

La conscience du caractère symbolique de l'ensemble des objets auxquels ils touchent et l'usage d'une position interprétative sont des remparts efficaces contre ce que j'ai ailleurs appelé le « fantasme de l'institution malfaisante » (Haliday, 2021b), autrement dit la

construction imaginaire selon laquelle « l'institution » agirait pour nuire à ses agents. Le fait que dans un établissement enquêté les professionnels n'aient pas massivement recours à la projection de leur agressivité et de leur frustration sur l'équipe de direction m'avait posé la question de ce qui était fait pour qu'une telle défense ne soit pas nécessaire. Cette absence de projection de l'agressivité sur une institution internalisée m'est apparue comme l'une des grandes réussites du mode de gouvernance clinique tel que pratiqué sur certains de mes terrains. Elle implique cependant nécessairement que les équipes de direction aient déconstruit l'idéal moderne du manager emportant ses équipes vers le « bien-être au travail », ainsi que je l'ai résumé plus haut.

3.5.4. Un modèle de dissémination : propagande par l'exemple⁴⁷ et apprentissage par l'expérience

Le modèle de dissémination que j'ai retrouvé dans les deux établissements où j'ai pu voir en action des formes de gouvernance clinique ne relève que peu d'un travail de théorisation de la pratique. Les acteurs de la gouvernance de ces établissements n'avaient pas pour but de monter en généralités à partir de l'expérience pratique afin de fournir, de façon plus abstraite et donc moins ancrée dans un contexte local, des éléments potentiellement transférables à d'autres établissements. La logique était inverse à celle de la pensée scientifique, souvent tournée vers la modélisation⁴⁸, mais trouvait étonnamment sa justification dans la théorisation de

⁴⁷ J'utilise ici une expression que j'emprunte – car cette organisation fait partie de la culture occidentale, et que ses références sont ouvertes à tous – à la Franc-Maçonnerie, et plus particulièrement au règlement du Grand Orient de France. Celui-ci recommande à chacun, en vue du projet d'amélioration de l'Homme que se donne cette organisation, « la propagande par l'exemple, la parole et les écrits ». Il s'agit donc d'un apprentissage par l'action pour chaque sujet, et d'une dissémination des principes d'amélioration de l'Homme non par la morale ou l'enseignement faits à d'autres, mais par l'incarnation du projet humaniste par tout sujet dans sa vie quotidienne.

⁴⁸ Les séances de restitution que j'ai pu faire sur mes terrains ont d'ailleurs témoigné d'une relation à la « théorie » très différente, même entre équipes pratiquant pourtant la même forme de gouvernance, avec parfois des critiques quant à la trop grande complexité de mes formulations, considérées comme éloignées de la pratique réelle. On retrouvait là des débats classiques dans le champ des thérapies institutionnelles, pour qui la présence de la pratique devait rester une boussole.

l'apprentissage par l'expérience que nous devons à W.R. Bion, ou encore dans la façon qu'avait Tosquelles de voir le travail en psychiatrie : il ne s'agit pas tant de savoir expliquer les causes des phénomènes ou de prétendre à la cohérence théorique des références mobilisées que de posséder une connaissance pratique enracinée permettant le transfert de savoirs d'expérience acquis dans d'autres situations, à partir d'une théorie élaborée sur le lieu de la pratique elle-même et qui en conserve par conséquent les marques.

Lors de plusieurs colloques au cours desquels j'ai eu l'occasion de discuter avec des directeurs et directrices engagés dans des démarches de gouvernance clinique, j'ai d'ailleurs entendu la même réponse à la question de savoir comment reproduire ce qui est fait dans les établissements qui « vont bien » ou se mettre sur ce chemin : « *je vous montre comment j'ai balayé devant ma porte* ». Cette formule doit beaucoup à une référence assumée du chef d'établissement en question à la psychothérapie institutionnelle et à son travail avant tout pratique, théorisé dans un second temps. Elle dit cependant aussi le caractère intransmissible par les mots de ce qui fait l'originalité de la pratique de la gouvernance clinique, puisque celle-ci touche au registre du sensible que les concepts pèchent toujours à restituer. La conception du travail de dissémination de ces pratiques veut éviter le décalage par la mise en mots et la fétichisation de « modèles qui marchent », et invite ainsi d'abord à un apprentissage par l'expérience. Ce constat a, me semble-t-il, des implications pratiques qui correspondent aux problèmes que j'ai décrits plus haut au sujet de la transférabilité des concepts de la psychothérapie institutionnelle : s'il est essentiel que les directeurs des établissements fonctionnant avec des modes de gouvernance clinique voyagent afin de faire connaître la réalité qu'ils ont construit avec les professionnels de leur établissement, le meilleur moyen de convaincre et disséminer leur façons de travailler pourrait ressembler à celui pour lequel les lieux historiques de la psychothérapie institutionnelle ont opté, à savoir de « venir voir » la pratique, plutôt que de « voir venir » par la théorie.

Cette propagande par l'exemple nécessite une certaine stabilité du cadre. Cette stabilité est à concevoir comme un effet du travail sur la consistance des règles, des rituels et sur l'ensemble des éléments du cadre tels que relevés par Paul-Claude Racamier, afin d'arriver au résultat ainsi décrit par le psychanalyste José Bleger :

« le cadre est constant et il est de ce fait un facteur déterminant dans les phénomènes qui régissent les processus du comportement. Il est l'implicite dont dépend l'explicite. Le cadre [...] agit comme support, comme étai, cependant nous ne le percevons que lorsqu'il se modifie ou se casse [...] le cadre est « muet », mais non pas inexistant » (Bleger, 1979)

Alors que la transmission des méthodes managériales réputées pour « marcher » s'oriente souvent vers une conception européenne de la planification guerrière faisant la part belle à la stratégie théorique à appliquer pour être efficace (Jullien, 2002), la méthode des équipes usant de modes de gouvernance cliniques consiste plutôt à sécuriser un cadre qui potentialisera les processus internes de l'organisation. Toucher à l'ambiance et opérationnaliser la désaliénation ne peut en effet se faire que par ricochet, d'une part grâce à la pérennisation d'un cadre suffisamment contenant, capable de soutenir l'élaboration des mouvements fantasmatiques et émotionnels individuels et groupaux à l'intérieur du réseau d'échanges interhumain que constitue l'institution, d'autre part grâce à l'interprétation du réseau de significations symboliques que prennent les objets sur lesquels s'appuie l'organisation pour fonctionner, qui peuvent engager les collectifs dans des batailles imaginaires créatrices de pathoplastie.

Ce mode de gouvernance, comme le *care* managérial, existe sans doute dans d'autres structures que les établissements publics de santé. Il reste toutefois ancré de façon spécifique dans le milieu hospitalier, puisque la dimension clinique qui l'infiltré est propre à l'activité de soins qui en constitue la tâche primaire ; aucun autre secteur ne peut appliquer jusqu'aux échelons de gouvernance les mêmes principes de soins que ceux qui régissent les interactions des équipes pluriprofessionnelles avec leurs patients. Il ne s'agit pas là de céder à la tentation

fantasmatique du « tous soignants » à l'hôpital (Haliday & Schepens, 2023), mais bien de souligner l'isomorphisme possible entre modes d'organisation et tâche primaire de l'organisation en question. Celui-ci nous invite à regarder ce que les théories institutionnelles du soin peuvent apprendre au management hospitalier, plutôt que de demander à l'hôpital d'aller chercher dans les théories managériales issues du monde privé « autre chose que lui-même » (DRH de CHU, notes de terrain, septembre 2023).

3.6. Situer la gouvernance clinique dans un contexte plus large. Le rapport entre pratiques et lois.

Caractériser une pratique sous le nom de « gouvernance clinique » n'a pas eu pour moi d'emblée de dimension prescriptive (celle-ci mériterait, si elle s'avérait pertinente, de nombreux questionnements sur la place du chercheur-psychologue souhaitant organiser la transformation sociale) : il s'agissait d'abord de décrire une pratique efficace sur le plan relationnel, autrement dit qui me paraissait être en lien avec l'impératif hippocratique de la désaliénation des pratiques telle que théorisée par la psychothérapie institutionnelle. Désaliénation ici est à comprendre au sens de l'aliénation sociale caractéristique de toute production humaine : les organisations dans lesquelles nous vivons et travaillons sont des produits de la culture qui nous produisent à leur tour, risquant parfois de nous rendre étrangers à nous-mêmes dès lors qu'elles nous enferment dans des statuts et des registres relationnels contraints. Poser la question de ce qui contribue, du point de vue des pratiques, à la désaliénation permanente ou à l'asepsie de l'ambiance, c'est rappeler que le paradigme psychanalytique même « appliqué » aux organisations ne vise pas le bien-être ou le simple apaisement des symptômes groupaux et institutionnels, mais bien la traversée des fantasmes qui empêchent les individus et les collectifs de nourrir des relations authentiques et émancipatoires. Il s'agit, au fond, de postuler que malgré les contraintes pesant sur l'organisation matérielle et les relations

humaines des organisations du champ de la santé, certains acteurs trouvent des « ruses » destinées à préserver, pour eux et pour les autres, la possibilité d'une distinction entre personne et personnage qui « démystifie les rapports inter-individuels » et permette un peu de jeu sur un « registre étendu d'apparitions vécues » (Oury, 2001, p. 25).

Une fois clarifiée cette conception de l'aliénation, que je conserve comme boussole psychanalytique et politique dans mes travaux, un deuxième point nécessite lui aussi une précision. Déplier mes résultats de recherche les plus récents, qui ne sont qu'un des multiples exemples de ce que la conjonction des réflexions épistémologiques et méthodologiques ci-dessus présentées permet de « voir » et de comprendre autrement dans le champ de la santé, nécessite de s'attarder sur le rapport qu'ils entretiennent – et celui-ci est particulièrement complexe – avec les évolutions législatives connues par les établissements de santé sur le dernier quart de siècle. A ce sujet, ce sont à la fois un constat étonnant sur mes premiers terrains de thèse et l'introduction de la méthodologie et de la réflexivité sociologique dans mes travaux qui ont considérablement transformé la façon dont je conçois les interactions entre valeurs, idéaux, pratiques et lois. J'ai en effet commencé ma thèse en pensant, sans doute du fait de mon implication politique dans le champ de la psychiatrie⁴⁹, qu'il pouvait y avoir une relation presque directe entre l'advenue de lois nouvelles structurant différemment les lieux de mes recherches et les pratiques quotidiennes de ceux et celles qui y œuvraient pour le soin psychique. J'ai pourtant constaté que les professionnels que j'interviewais ne connaissaient pas les contenus des lois et ne pouvaient donc pas circonscrire ce que ces lois avaient concrètement modifié de leurs pratiques (loi 2002 et 2002-2 sur la démocratie sanitaire en santé et dans le médico-social, introduction de la Tarification à l'Activité en 2004 à la place du système financier par dotation globale, et loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 structurant les hôpitaux en pôles à l'époque), dans la mesure où il leur était difficile de rattacher les

⁴⁹ Je fais ici référence à ma rencontre et mon implication, durant environ deux ans (mais de façon informelle, car celui-ci ne nécessitait pas d'inscription associative par exemple), dans le Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire.

nouveaux protocoles mis en place à des textes législatifs de quelques degré qu'ils soient⁵⁰. Tout au plus pouvaient-ils discuter de ce qui leur apparaissait comme l'esprit général des lois, donc de questions de valeurs et d'idéaux du soin, sans pour autant que je puisse, avec mes seules compétences de recherche, restituer ces éléments dans un champ politique plus large dont les lignes de force et de structuration dépassaient de loin ce que ma boîte à outil conceptuelle me permettait de penser rigoureusement.

Cette réalité de terrain très complexe pose bien des problèmes pour qui veut la restituer, problèmes qui vont au-delà de la variation des orientations politiques et des degrés d'autonomie des acteurs hospitaliers *aujourd'hui* - on pourrait en effet signaler, dans les dix dernières années, la restructuration de certains hôpitaux sans pôles d'activité, des expérimentations organisationnelles multiples soutenues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et l'introduction de mécanismes de financement de l'activité de soins tempérant la T2A dans certaines disciplines médicales. En dernière analyse, c'est en réalité la question fondamentale du rapport qu'entretiennent pratiques et lois qui se pose. Un prisme psychologique et sociologique tel qu'il se donne à voir dans mes élaborations ne vise pas à dépolitiser les pratiques en les décontextualisant, mais plutôt à re-situer les pratiques pour ce qu'elles sont, notamment dans leur part non-directement déterminée par les contraintes administratives auxquelles se cognent les acteurs de terrain. Les sciences humaines et sociales, plus que les sciences politiques par exemple, ont la capacité de donner à voir et à entendre l'intelligence pratique et les « ruses » des acteurs de terrain face aux contraintes législatives, elles aussi toujours en mouvement en lien avec les priorités politiques de l'époque. Ce sont ces pratiques, me semble-t-il, que le chercheur-psychologue orienté par la psychanalyse et vers

⁵⁰ Cette difficulté tient au rapport que les protocoles et règlements locaux entretiennent avec les lois générales, rapport médiatisé par l'interprétation de la loi par les professionnels de ces structures... qui est elle-même dépendante de l'orientation politique et idéologique des structures en question et de leurs dirigeants, ainsi que des marges de manœuvre que ceux-ci tentent de préserver pour continuer à fournir du travail considéré par eux comme un travail de qualité. On saisit aisément la grande variété de conceptions de ce dernier terme.

l'interdisciplinarité doit saisir en premier lieu, afin de ne pas laisser ses questions de recherche être guidées par des prénotions au sujet de l'effet concret des lois. Il ne s'agit pas de dire que cet effet est inexistant, mais qu'en l'absence de compétences d'analyse scientifique du champ politique, les chercheurs en psychologie s'y attelant risquent de se heurter à des écueils idéologiques et des points aveugles, dont je ne suis moi-même pas exempte en tant que membre d'un champ académique particulier.

3.7. Questions de savoirs situés : le « savoir expérientiel » du chercheur est-il un savoir de recherche ?

Les résultats ici présentés témoignent du mouvement que j'ai souhaité donner à mon H.D.R. : j'ai illustré, par l'exemple de la gouvernance clinique, le caractère heuristique de l'articulation épistémologique et méthodologique spécifique à ma démarche, et je propose d'en faire le témoin de son potentiel scientifique pour ceux et celles qui travailleront avec et après moi dans ce sillon. On pourrait cependant questionner la dimension expérientielle du savoir par là acquis, qui peut sembler dans le compte-rendu que j'en fais trop personnalisé, trop dépendant du chercheur et moins de sa méthode. Cette interrogation me semblerait toutefois de nouveau sous-tendue par la dialectique entre proximité et distance, entre subjectivité et objectivité dans la recherche, que j'ai tenté de dépasser dans ma proposition méthodologique ; or la pensée des phénomènes de rapprochement par identifications croisées est en réalité ce qui permet au savoir expérientiel du chercheur de constituer, ainsi que cela est affirmé dans les sciences qualitatives, un véritable savoir de recherche, à condition – et je reprends ici la distinction fort utile de Bourdieu à ce sujet – d'entourer le matériel récolté ce faisant d'un exercice de réflexivité scientifique sur ses conditions de production, et non d'une réflexivité narcissique faisant glisser l'objet de la recherche vers le chercheur lui-même. Il s'agit donc de poser de nouveau que les méthodologies qualitatives que Braun et Clarke nomment « Big Q » (Braun & Clarke, 2023 ;

Clarke et al., 2024), autrement dit qui ne se réfèrent ni à un paradigme positiviste ni à des outils de traitement systématique des données, ont une logique interne propre à l'intérieur de laquelle le partage entre expérience et science n'a pas lieu d'être, en tant que le chercheur y est un être pensant et mouvant tout autant que son objet. Leurs affirmations sont bien loin de la négation de toute méthode ou d'une ethnométhodologie sans conscience : elles affirment au contraire que ce postulat qualitatif « Big Q » (autrement dit qui va jusqu'au bout de la logique constructiviste et qualitative) demande au chercheur d'user de façons de faire propres aux sciences qualitatives – prise en compte de la subjectivité comme intrinsèque au travail de recherche, usage de la langue naturelle (Passeron, 2006) du terrain, triangulation des données, réflexivité sur la prise du chercheur comme sujet du savoir, analyse thématique et itérative du matériel (Morgan & Nica, 2020) – qui garantiront la rigueur de son travail en dehors de toute référence à l'épistémologie poppérienne ou de procédures standardisées de travail et de présentation du matériel de recherche.

Le seul vocable de « gouvernance clinique » pourrait d'ailleurs bien illustrer cette logique : il est le condensé du langage naturel de mes interviewés, celui de la gouvernance, et d'un savoir acquis sur certaines pratiques en les ayant observées et vécues qui m'a permis d'y adjoindre l'adjectif « clinique ». Pourtant, la véritable question de recherche que pose l'expression, ainsi que celle de « soigner les organisations » dont la construction a été analogue – question que je situe comme essentielle au travail institutionnel et organisationnel d'aujourd'hui - est de savoir, dans la veine des « problèmes pratiques » auxquels Dewey considérait que la pensée académique devait s'atteler, comment donner à voir et démontrer que les pratiques à visée désaliénante, soignante comme de gouvernance, ont bel et bien les effets qu'elles disent produire. Quelles théories pourrions-nous tirer des savoir-faire des acteurs en matière de traitement des agents pathogènes circulant dans les réseaux humains sur la relation entre ce qui circule dans les organisations et ceux chez qui « ça » circule ? Cette question pose

plusieurs difficultés à la psychologie, face auxquelles je crois qu'une ouverture inter- voire trans-disciplinaire permet d'avancer. Appelée du côté de l'étude des *pratiques*, la psychologie peut avoir besoin des méthodes de la sociologie ; intéressée à l'échelon *organisationnel*, elle peut avoir besoin de disposer des corpus de sciences de gestion pour penser la relation entre les organisations et ceux qui organisent. Sans tomber dans l'écueil du fantasme d'un ruissellement psychique des directeurs vers leurs agents hospitaliers, la psychodynamique des systèmes me semble ouvrir des voies de questionnements quant aux possibles mécanismes d'identification projective qui structureraient les liens des dirigeants avec la représentation (*institution-in-the-mind*) internalisée de leur organisation (Petriglieri & Stein, 2012), questionnant le fait de savoir si soigner les organisations ne devrait pas commencer par un soin tout particulier apporté aux dynamiques de collectifs de direction et à ce que leurs interactions font circuler dans l'espace plus large de leurs organisations. Cependant, l'intérêt académique pour les pratiques de direction que j'aimerais voir fleurir chez mes doctorants ne résume pas l'ensemble des travaux de thèse que je considère pouvoir diriger : les lignes à venir auront vocation à décrire un peu mieux le désir qui m'anime, mais aussi ce que ce désir souhaite promouvoir comme conception de la science chez autrui.

4. Derrière le projet scientifique, un projet humain.

Une H.D.R. suppose en effet de savoir combiner et donner à voir, dans un même document, une expertise en matière de recherche, des compétences quant à la direction de travaux propres au champ scientifique et une appétence pour un exercice collectif de cette direction dans les structures auxquelles se rattachent les enseignants-chercheurs. Quelques réflexions supplémentaires sont nécessaires pour résumer ce que les élaborations présentées ci-dessus me semblent permettre comme ouverture et élargissement des références

bibliographiques, des façons de faire de la science et des champs de l'activité humaine investigués par la psychologie clinique.

Mes propositions me semblent constituer un espace tridimensionnel, en fonction de trois axes conçus comme des continuums permettant aux doctorants de choisir un positionnement qui leur convienne et convienne à l'étude de leur objet :

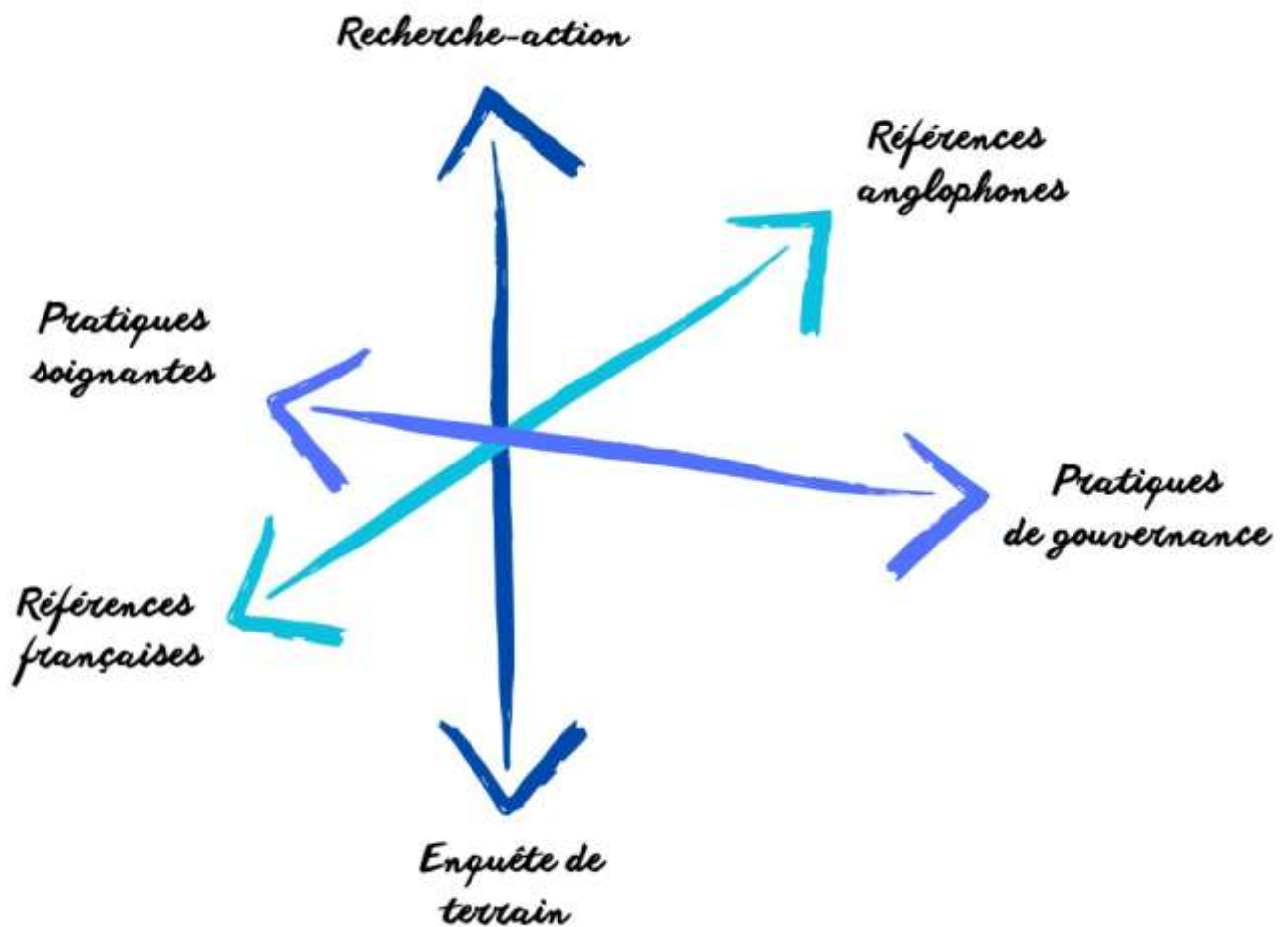


Figure 1. Espace tridimensionnel de positionnement scientifique des doctorants.

La première dimension, en termes épistémologiques (bleu cyan), se situe résolument dans un paradigme constructiviste et une orientation psychanalytique, avec un continuum allant

des références psychanalytiques françaises les plus fondamentales (en psychologie principalement) aux références les plus marquées par les théories psychanalytiques anglophones. Ce continuum n'est volontairement pas situé entre « psychologie clinique psychanalytique » et « sciences de gestion » par exemple, car les sciences de gestion à la française et à l'anglosaxonne ne sont pas similaires (les premières usant beaucoup de l'œuvre de Lacan, les secondes étant plus appuyées sur les œuvres bioniennes et kleinienne), ni ne l'est la compréhension de « l'orientation psychanalytique » en psychologie à travers le monde.

La deuxième dimension, plus méthodologique (bleu marine), propose l'existence d'un continuum entre enquête de terrain à visée relativement objectivante et recherche-action participative. Traiter ces méthodologies comme se situant sur un continuum tient à leur situation dans le grand domaine des méthodologies qualitatives, mais aussi aux processus psychiques qui à mon sens sous-tendent la démarche clinique qui les anime dès lors qu'elles sont utilisées par des psychologues, à savoir les identifications croisées. Considérer les méthodologies avec un prisme dimensionnel permet, me semble-t-il, de tenir compte des potentielles fluctuations dans la science en train de se faire au contact du terrain.

La troisième dimension, thématique cette fois (bleu indigo), concerne la question des pratiques dans le champ de la santé et de la façon dont elles sont pensées par les acteurs eux-mêmes. A l'aune de mon parcours et de certaines collaborations toujours vivantes avec des institutions psychiatriques, mais aussi de mes intérêts de recherche plus récents et tournés vers les questions de direction et les phénomènes de gouvernance, je pourrai proposer aux doctorants que j'encadrerai de choisir les types de pratiques qu'ils souhaitent étudier, des pratiques soignantes au niveau de granularité le plus fin jusqu'aux pratiques de gouvernance territoriale (dont les expériences de responsabilité populationnelle, réunissant en de larges groupes de

travail des professionnels hospitaliers et libéraux dans plusieurs villes de France, sont un bon exemple⁵¹).

Je soutiens, avec cette argumentation, l'idée que les multiples combinaisons permises par la conception tridimensionnelle développée dans cette H.D.R. ont la capacité d'amener un renouvellement – quoique toujours humble et asymptotique - des « arts de faire » (au sens de de Certeau, 2010) scientifiques en psychologie, à l'horizon de la subjectivité de notre époque.

///

Du point de vue humain, plonger dans le champ académique-universitaire, au sens sociologique du terme, et proposer à d'autres d'y rentrer, suppose dans un premier temps d'en avoir conscientisé la structure sociale (Bourdieu, 1984). Ce que chaque chercheur produit comme effets pour ceux et celles qu'il encadre est en effet dépendant de sa position dans le champ, plus ou moins centrale ou périphérique, considérée comme plus ou moins orthodoxe ou hétérodoxe par rapport à certaines traditions et façons de faire de la science. Mon intention, explicitée dans ce document, me situe résolument parmi les chercheurs et chercheuses en psychologie, mais toujours légèrement en périphérie plutôt qu'au centre (je travaille sur les institutions, et non les patients en tant que tels), et plutôt de façon hétérodoxe⁵². Ainsi, je ne cherche pas à *approfondir* les fondements posés par les auteurs et autrices canoniques de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique, mais bien à *élargir* encore les zones de l'activité humaine auxquelles il est possible de s'intéresser avec cet ancrage en psychologie. Cette dernière constitue ma référence disciplinaire principale (comme je le dis souvent sous

⁵¹ Le projet de responsabilité populationnelle est porté depuis 2017 par la FHF, et coordonné par Antoine Malone, avec qui j'ai collaboré sur le guide QVT. Plus d'informations : <https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-responsabilite-populationnelle-tous-acteurs-de-notre-sante>. Consulté le 9/11/24.

⁵² La distinction entre orthodoxes et hétérodoxes doit être comprise au sens académique du terme et non religieux ou moral ; les frontières de l'orthodoxie ou de la tradition bougent, laissant plus ou moins de place à une hétérodoxie à l'intérieur d'une même discipline – l'économie en est un bon exemple. L'hétérodoxie est donc à saisir comme une forme de marginalité, autant du point de vue du contenu, autrement dit de l'exploration d'objets marginaux car considérés comme non-traditionnels, que de la situation du chercheur, plus prompt à parcourir les marges de la discipline et donc les interfaces avec d'autres.

forme de boutade dans les groupes que je mène, « je ne sais faire que ça ! »), mais elle n'empêche pas mon attachement à un plus large corpus de sciences humaines et sociales servant de pousse-à-la-pensée pour la chercheuse que je suis.

Une fois explicitée la position que j'entends prendre dans le champ académique des SHS en général, et dans le champ psychologique en particulier - position qui relève non d'une contrainte mais d'un désir me portant à explorer les interactions avec des non-cliniciens en priorité -, je peux déplier ce qui relève de ma conception de la direction scientifique et de son incarnation dans la guidance de mémoire et la direction de thèse.

Cette conception a été travaillée avec d'autres, notamment Damien André dans un chapitre d'ouvrage encore à paraître, et avec Fabrice Gabarrot pour un article à venir (voir CV analytique). Ainsi que je l'évoquais dans l'introduction de ce travail, j'ai dans un premier temps, avant même toute direction de thèse, mis au travail ma conception de la fonction de direction scientifique (au sens de la psychothérapie institutionnelle, autrement dit d'une fonction institutionnelle ventilée sur plusieurs personnes) dans une position de co-responsable de l'axe « Dynamiques identitaires » du Psy-DREPI avec Fabrice Gabarrot, MCF-HDR en psychologie sociale expérimentale. Si tout semblait à première vue nous séparer du point de vue scientifique, c'est à partir d'une même conception de la science comme champ s'actualisant dans le débat et l'interconnaissance que nous avons construit un projet d'animation scientifique croisant psychologie clinique, psychologie sociale et psychologie du sport. Les expériences d'invitations de membres du laboratoire et de chercheurs extérieurs nous ont permis de donner corps à une vision de la recherche cohérente dans le fond et la forme, plébiscitant une culture scientifique permettant à des quantitativistes de se questionner sur les méthodologies qualitatives et aux qualitativistes d'interroger les postulats épistémologiques popperiens. Fervents adeptes de la liberté académique et de l'ouverture de la science à une critique constructive et conscients des enjeux que cela génère aujourd'hui au niveau mondial (avec

l'essor notamment des nouvelles pratiques de recherche, du pré-enregistrement et de phénomènes de bureaucratisation méthodologique), nous avons également organisé une ambiance dans nos séances qui permette à chacun de prendre la parole et commenter les interventions, et au collectif de conduire une veille scientifique visant des événements pouvant intéresser tout ou partie de ses membres (ainsi nous sommes nous rendus à neuf personnes dont sept doctorants au congrès 2023 de la Société Française de Psychologie). Si en matière de recherche l'unité du titre de psychologue n'est plus un organisateur commun entre sous-disciplines, nous nous sommes attelés autrement au maintien d'une culture commune de la psychologie, passant par le respect de la variété des approches scientifiques et la fécondité de l'usage de concepts voyageurs, comme celui de l'identité, pour le rapprochement théorique entre sous-disciplines.

Au niveau individuel, j'ai conscientisé dans mes directions de mémoire que la position de l'enseignant-chercheur en psychologie clinique était double, et que cela n'est pas sans effet sur les productions de nos étudiants. Nous appartenons en effet au monde universitaire mais représentons en même temps le corps professionnel dans lequel nos étudiants vont chercher à s'insérer : cette bi-appartenance professionnelle permet un jeu de rôles particulier, au niveau Master, dans l'espace-temps de la direction individuelle de mémoire, entre figures de l'enseignant-évaluateur et de l'enseignant-mentor. Le rôle d'enseignant-évaluateur, s'il donne un cadre, peut brider la pensée de l'étudiant qui n'ose s'émanciper de la tutelle de celui ou celle qui décidera de l'obtention de son diplôme. Mais le directeur de mémoire, puis de thèse, peut aussi devenir, au fil de ces espace-temps, un véritable « mentor », au sens de Strohm Kitchener (Strohm Kitchener, 1992) et Zachary (Zachary, 2002), convoquant une pédagogie par l'exemple qui invite l'étudiant à une certaine identification à la posture professionnelle de psychologue et de chercheur portée par son enseignant. Au-delà de la guidance scientifique concrète, l'attitude de l'enseignant en psychologie clinique, du fait de sa bi-appartenance professionnelle, peut dès

le départ constituer un modèle identificatoire pour le professionnel en devenir (psychologue et/ou chercheur) qu'est l'étudiant. Au fond, et cela recoupe mes élaborations précédentes au sujet du travail psychique spécifique aux métiers de l'éducation, de la thérapeutique et de la gouvernance (au sens de processus similaires qui seraient mis en jeu par ceux qui les exercent), l'apprentissage par l'expérience reviendrait d'abord et avant tout, dans la confrontation au terrain et dans la relation entre directeur et étudiant/doctorant, à l'usage d'une forme de fonction-alpha mise à disposition du travail scientifique, au sens de W.R. Bion :

« La fonction-alpha opère sur toutes les impressions des sens et sur toutes les émotions dont le patient a conscience. Lorsque la fonction-alpha est opérante, des éléments-alpha sont produits qui sont susceptibles d'être emmagasinés [...] les éléments-alpha [sont des éléments qui] ont été digérés et par là même mis à la disposition de la pensée » (Bion, 1962/2003)

Soutenir la pensée d'autrui ne s'apparente donc pas à la signification qu'a récemment pris le *care* dans le champ éducatif, à savoir une forme de bienveillance réparatrice et non-politisée (Roux-Lafay, 2016). Il s'agirait plutôt de se placer dans une position de de co-élaboration qui enjoint les étudiants à discuter dans l'espace-temps de la direction de mémoire ou de thèse les situations qui les interrogent dans leur position et dans leur conceptualisation de ce qu'ils vivent, afin que leurs « impressions des sens » et les émotions que convoquent en eux ces situations soient digérés et mis à la disposition de leur pensée. En la présence d'un mentor plus aguerri qu'est l'enseignant-chercheur directeur de mémoire ou de thèse, les étudiants et doctorants font eux-mêmes l'expérience de ce qu'ils attendent des processus thérapeutiques ou de recherche qu'ils conduiront ensuite : un mouvement de perlaboration (Freud, 1914/2006), autrement dit de surmontement d'un obstacle psychique et émotionnel qui les sorte de la possible répétition dans lequel ils sont pris. Laplanche et Pontalis précisent d'ailleurs que la perlaboration permet *« de passer du refus ou de l'acceptation purement intellectuelle à une conviction fondée sur l'expérience vécue [...] »* autrement dit comme étant une répétition «

modifiée par l'interprétation » (Laplanche et Pontalis, 2007). Il en va, à mon sens, de la même façon pour un mémoire de Master que pour une thèse : la relation entre encadrant et encadré doit servir la pensée et l'émancipation de l'encadré. Elle doit donc être analysée non seulement pour elle-même mais aussi en rapport avec la tâche que l'impétrant doit réaliser, et quant à laquelle la relation peut être facilitante ou source d'inhibition. J'ai ainsi souvent discuté avec Christophe Mazzoni, le doctorant que je co-encadre depuis 2022 avec Alexandra Laurent, des phénomènes d'idéalisation et de supposition de savoir qui pouvaient apparaître dans notre relation de thèse, et qui pouvaient l'amener à produire des documents symptomatiques d'un désir de trop bien faire et d'une forte inhibition face à l'imgo qu'il avait construite de moi en tant que directrice de son travail.

Cette conception psychanalytique (au sens où la psychanalyse vise quelque chose d'une émancipation du sujet, d'une possibilité de penser pour soi en situant les autres à leur juste place) de la direction de mémoire ou de thèse va jusqu'à la question des objets de recherche choisis par les candidats et de la façon dont l'on peut, en tant que directeur ou directrice, les orienter sans écraser le désir de recherche propre à chacun. Ainsi ai-je reçu ces derniers temps des demandes d'inscription en thèse portant sur des objets concernant la psychiatrie actuelle ou plus spécifiquement la psychothérapie institutionnelle. Mais dans un moment où la recherche ne peut perdurer sans financements, une question importante se pose - que je restitue en mon nom ici mais qui a animé bien des discussions au laboratoire dont je fais partie : quel sens cela a-t-il de proposer des thèses financées intégrées à des projets de recherche relevant d'intérêts personnels et sur lesquels on « propose » aux étudiants de se greffer ? Financer la thèse d'un doctorant en l'affectant à un poste d'ingénieur d'études lui permet-il vraiment l'émancipation, quand ce type de contrat le situe inévitablement dans une relation employeur-employé avec la personne qui dirige son travail de doctorat ? Comment conjointre au mieux, pour les étudiants et les doctorants, les opportunités de recherche que nous offrons en tant qu'enseignants-

chercheurs creusant nos propres sillons et les désirs de recherche de leur côté, pas toujours fixés sur des objets précis ? Au fond, comment *accueillir* le désir de recherche d'autrui sans le pousser à se conformer à ce que nous attendrions qu'il produise, à ce à quoi nous souhaiterions qu'il s'intéresse ? L'actualité académique donne beaucoup plus d'importance, et c'est à mon sens justifié, à ce que nous appelons dans nos discussions collégiales au Psy-DREPI les « abandons de thèse », qui peuvent relever pour ceux qui y ont recours d'une libération de la pression académique perçue comme insupportable et insensée. Diriger des candidats au Master, et encore plus au doctorat, implique d'avoir conscience des dynamiques changeantes de l'époque et de continuer à questionner les particularités du désir de recherche de ceux qui font appel à nous, et de ceux que nous souhaitons emmener avec nous. A ce titre, et consciente des nécessités économiques qui accompagnent la réalisation d'une thèse, je me projette dans une utilisation différenciée des réponses à appels à projet et autres mécanismes de financement :

- usage de mécanismes agiles et internes (types BQR ou appels à projets MSH) pour creuser rapidement des intuitions de recherche issues du terrain et construire de nouvelles relations collaboratives de recherche ; proposition de projets de contrats doctoraux locaux pour des candidats ayant déjà cerné un objet de recherche qui leur serait propre, qui n'auraient besoin que de mon expertise méthodologique et épistémologique pour asseoir la solidité de leur projet,

- réponses à des appels à projet d'envergure moyenne (régionale notamment) pour l'approfondissement de problématiques interdisciplinaires et l'éventuel financement de doctorants, en co-construisant le projet avec eux afin d'éviter l'écueil démotivant de la relation employeur-employé,

- réponses à des appels à projet nationaux, notamment de type ANR (éventuellement bi-nationaux comme les ANR France-Canada), pour développer des recherches interdisciplinaires ambitieuses et m'entourer de pairs chercheurs (titulaires comme post-doctorants), dans le but

d'acquérir des compétences académiques de haut niveau et de contribuer à la discussion scientifique internationale.

De fait, l'orientation de mes travaux montre une convergence progressive, mais forte, de mes intérêts de recherche et de mes appétences professionnelles en tant qu'enseignante-chercheuse (appétences souvent résumées par la notion de « profil » et sa répartition toujours singulière des investissements libidinaux entre recherche, pédagogie et administration). L'étude des phénomènes de gouvernance dans les établissements de santé publics et mon côtoiement au long cours des directeurs d'hôpital m'ont permis un regard décalé sur mes propres engagements pour l'organisation de la formation des étudiants (responsabilité d'un M1 à deux reprises), de l'animation scientifique d'un laboratoire (co-responsabilité d'un axe depuis 2021) et de l'administration dans ses aspects les plus matériels, juridiques et diplomatiques (élection comme membre du collège B au conseil de mon UFR depuis 2024). Je vois l'aboutissement de ce document comme la possibilité de dire que tout au long de mes recherches, mes terrains m'ont enseigné quelque chose de mes métiers (psychologue, enseignante, chercheuse) et plus encore à les intriquer, non à les cliver. J'ai appris de mon doctorat l'art d'être psychologue clinicienne, au plus près de la vie psychique d'autrui, et de mon expérience à Clermont-Ferrand l'art de chercher à plusieurs, dans une véritable transversalité entre « chercheurs » et « acteurs de terrain » ; mes récents terrains m'ont, enfin, donné à ressentir le sens des responsabilités liés à la direction, à l'administration, à la gouvernance – trois mots dont je n'aurai jamais pu penser, au départ, qu'ils pourraient constituer une part de mon activité professionnelle et que j'y prendrai, grâce aux autres avec qui ce travail a lieu, un véritable plaisir.

SYNTHESE ET CONCLUSION

L'objectif de cette H.D.R. a été d'articuler un positionnement épistémologique, un « art de faire » méthodologique (j'emprunte le terme à de Certeau, 2010) et de montrer comment la conjonction de ces deux premiers éléments permettait de repérer ce qui risquerait sinon de rester dans l'ombre de la clinique et dans la seule lumière des sciences de gestion, à savoir la mise en œuvre de la fonction de direction et ses effets, et plus largement les phénomènes de gouvernance propres aux collectifs humains.

Après avoir fait cheminer mes lecteurs le long du sentier que j'ai moi-même emprunté et qui de mes études en psychologie clinique m'a amenée à la psychothérapie institutionnelle, à l'organisation des soins puis à la fonction de direction potentialisant cette organisation, j'ai clarifié le sens de mes écrits plutôt méthodologiques, tentant d'en restituer le fantasme fondateur (la quête de profondeur) mais aussi leurs apports en termes d'élargissement des possibles méthodologiques pour les psychologues cliniciens d'orientation psychanalytique. A partir du tournant essentiel qu'a constitué le transfert de mon attention de l'organisation des soins à l'organisation elle-même et à ceux qui organisent et dirigent, j'ai proposé un programme de recherche sous la forme d'un triptyque épistémologique, méthodologique et thématique.

Réfléchissant à une autre façon de regarder les différents courants groupaux, institutionnels et psychosociologiques appuyés sur la clinique d'orientation psychanalytique, j'ai ainsi tout d'abord postulé que ceux-ci appartiendraient à un même champ, la clinique organisationnelle. Soulignant bien que cette appartenance n'est pas nouvelle au seul motif que je propose de la nommer, j'ai tout de même montré que les points aveugles de chacun des quatre courants structurants pour mes recherches (psychothérapie institutionnelle, psychanalyse des groupes, psychosociologie et psychodynamique des systèmes) les rendaient complémentaires,

mais plus encore que leurs différences historico-épistémologiques masquaient la communauté de leur objet : les accrochages, appariements, liens, rapports... à la fois concrets, fantasmatiques et symboliques qu'ils tentaient chacun de saisir dans ce que l'on appelle « institutions » ou « organisations ».

Après m'être positionnée dans ce champ, la deuxième partie de mon programme de recherche a visé à convaincre de la faisabilité d'un tel projet, en pensant un usage clinique des méthodologies de la proximité et en théorisant l'un de leurs leviers psychiques les plus forts, à savoir les phénomènes d'identifications croisées entre chercheur et enquêtés, jusqu'à la constitution de collectifs hybrides de recherche dans le cas de recherche-actions. J'aimerais pouvoir avec certitude affirmer que personne d'autre à ma connaissance n'aurait théorisé un style d'enquête propre au psychologue clinicien qui ne consiste pas seulement en la rationalisation a posteriori des difficultés liées à sa présence sur le terrain (Dasen, 2019), mais le monde scientifique dans lequel nous vivons et dans lequel chaque candidat à l'H.D.R. doit se faire sa place ne permet plus ni d'espérer être seul dépositaire d'une idée, ni de le savoir si tant est que cela ne soit pas le cas.

Dans un troisième temps, j'ai illustré les capacités heuristiques de mon positionnement épistémologique et méthodologique en décrivant une première construction théorico-pratique visant à rendre compte des pratiques de gouvernance ayant un rapport particulier à la clinique. En reprenant le terme de « gouvernance clinique » aux approches de gestion classiques, j'ai souhaité montrer qu'il pouvait servir à nommer un mode de gouvernance *intrinsèquement* clinique, et par là réaffirmer que terrain clinique et fonction de direction n'étaient pas antinomiques. A partir d'« objets » du travail de gouvernance et de grands principes avec lesquels certaines équipes auprès desquelles j'avais fait du terrain semblaient œuvrer, j'ai situé la gouvernance clinique comme une pratique de la double écoute, tenant toujours compte des aspects symboliques de paramètres habituellement référés aux sciences de gestion. La

circonscription de cette pratique rencontrée sur deux de mes terrains récents, et grâce à elle d'un ensemble d'objets à valeur d'échange symbolique, me semble pouvoir ouvrir tout un domaine, dans les organisations et la pratique de leur gouvernance, sur lequel la psychologie clinique peut se pencher aux côtés des sciences de gestion et sans fantasme de concurrence entre elles.

Au terme de ce voyage écrit, qui ne constitue que le début de mes recherches à venir, il me faut conclure sans refermer les questions qui m'animent. De nombreux points problématiques des conceptions que j'ai développées dans le présent manuscrit peuvent être soulevés et devront faire l'objet d'un travail rigoureux et précis : où exactement (c'est-à-dire au moyen de quels concepts, sur le terrain de quels objets précisément ?) peuvent s'édifier les ponts que j'ambitionne de dresser entre approches institutionnelles françaises et courants organisationnels anglo-saxons ? Comment poursuivre un travail théorico-pratique qui n'ignore pas les points de frottement des courants que je situe comme émergeant à la clinique organisationnelle ? Quelles pratiques, quels rôles (clinicien, chercheur, consultant, superviseur, directeur et toutes leurs combinaisons) peuvent être mieux pensés à partir du champ de la clinique organisationnelle, et quelles ouvertures interdisciplinaires en découlent ? Jusqu'où aller avec la gouvernance clinique, et comment mettre la conceptualisation de ce mode de gouvernance à l'épreuve de milieux non-soignants tout en gardant son esprit ? Le rôle de l'ambiance dans les organisations, champ de recherche ouvert par Christophe Bittolo du côté des groupes (2007, 2008) et encore très frais pour ce qui concerne son élargissement aux institutions, pose bon nombre de questions : quel est le rôle de la gouvernance dans l'ambiance des établissements ? Peut-on même parler d'une « ambiance d'établissement », si comme tendent à le montrer les résultats de Christophe Mazzoni, doctorant travaillant sur le projet RINHO, les professionnels soignants ne s'attachent que peu à leurs établissements, qui n'existent pas tant à leurs yeux que leurs « services » ? Quels types de rapports entretiennent une équipe de direction et son établissement (compris comme *institution-in-the-mind*), et

peuvent-ils être circonscrits grâce à des mécanismes de défense comme l'identification projective ? Comment opérationnaliser et approfondir l'usage 1°) des opérateurs de la psychothérapie institutionnelle ; 2°) des paramètres du « cadre » institutionnel tels que proposés par Racamier (2020), 3°) des « objets » de la gouvernance pour étudier le champ organisationnel comme étant *en même temps* un champ clinique, 4°) des « défenses sociales » repérées par la psychodynamique des systèmes, qui impliquent de considérer les aspects impersonnels et matériels des organisations pour leur caractère symbolique et fantasmatique de modalités de défense contre l'angoisse (Krantz, 2010; Menzies, 1960) ?

Ces interrogations guideront la suite concrète de mon travail, sur laquelle je souhaite m'arrêter pour conclure ce manuscrit. Il s'agit de ce qui ne peut être à l'heure actuelle qu'un projet, dont l'H.D.R. pose les fondations : la formation par la recherche de ceux et celles qui se lanceront dans le sillon que je propose de creuser à plusieurs. De nombreuses questions de recherche n'ont en effet pas trouvé de réponse durant mes quelques années d'exploration, et m'encouragent à y emmener des masterants et des doctorants avec moi. En complément des élaborations propres à l'école lyonnaise de psychanalyse des groupes autour des mythes fondateurs des institutions, les cliniciens ont besoin de continuer leurs investigations dans le champ de la dynamique transféro-contre-transférentielle institutionnelle, en ne s'arrêtant pas à leurs analyses de pratiques mais en y adjoignant une certaine compréhension du point de vue des directions et collectifs auto-gérés, autrement dit de l'activité de gouvernance en tant qu'elle désigne à la fois le prendre part au fait de gouverner et d'être gouverné, situant le sujet comme toujours déterminé par autre chose que lui-même et le re-situant dans son aptitude à contrecarrer son impuissance fondamentale en coopérant avec autrui⁵³.

⁵³ Notons que la gouvernance, en tant que question politique amenant à regarder ensemble le gouverner et l'être gouverné, concerne donc bien plus que les seules « directions ». La considérer comme un champ de l'activité humaine rejoint les élaborations de Félix Guattari (1972) sur les « groupes assujettis » et les « groupes sujets », autrement dit sur l'émancipation des groupes. Bien des expériences dans le champ du soin et de l'accompagnement

Je tiens donc tout particulièrement à la poursuite de mes travaux avec ceux et celles qui exercent la gouvernance des établissements de santé. Mon terrain au long cours auprès de cette population des directeurs d'hôpital a fait émerger bien plus d'interrogations qu'elle n'a fourni de réponses, tant la formation de ces hauts-fonctionnaires publics est opaque, et leurs réseaux institutionnels difficiles à saisir. Il y aurait notamment toute une ligne de recherche à développer autour de leur cursus de formation et leur première prise de fonction, vécue dans une solitude affective accrue et menant à des configurations pathogènes dans des équipes comblant l'absence de relations sociales par un surinvestissement des dossiers au travail. Comment les incitations à la mobilité géographique qui sont transmises aux DH permettraient-elles de s'attacher à un territoire, à un hôpital, et donc à vouloir en prendre soin, lorsque comme me le formulait un directeur « *on ne rencontre pas de monde parce qu'il y a un petit côté « préfectoral », c'est-à-dire une fonction prenante en temps et où on sait qu'il va falloir faire des mobilités géographiques fréquentes* » (notes du 31 mars 2024) ? Quels réseaux développent-ils pour pouvoir, malgré le devoir de réserve et les tabous autour des opinions personnelles et des difficultés rencontrées, bénéficier de soutien et repeupler leurs mondes internes d'objets suffisamment bons pour empêcher des replis professionnels défensifs face à leurs mouvements paranoïdes vis-à-vis de leurs collègues et concurrents, et des agents de leurs établissements ? Quelle latitude de ruse ont-ils dans leurs relations avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et les contraintes ministérielles qu'elles leur demandent de porter jusque dans leurs établissements ? Ces questions pourraient tout à fait être élargies aux directeurs d'établissements médico-sociaux en tant qu'ils sont pris dans des modalités plus « directes » de direction, en contact direct et quotidien avec l'ambiance d'établissements souvent plus petits que des centres hospitaliers, mais aussi à la gouvernance de structures de soins privées, dont les

font advenir des phénomènes de gouvernance auxquels les acteurs ne sont pas préparés, et qui pourraient être éclairés voire co-construits au moyen de l'approche que je propose.

fonctionnements restent sous-étudiés dans la littérature académique et ne sont que partiellement compréhensibles à l'aune de recherches sur le système public.

Les élargissements dont je parle, en réalité, vont au-delà du strict champ du soin et de l'accompagnement. Mon cheminement pratique m'a en effet amenée jusqu'à une position d'accompagnante d'un staff en sport collectif de haut niveau, dans le cadre d'une expérimentation visant – j'ose l'expression, bien consciente que sa formulation appartient à mon orientation théorico-clinique – à prendre soin des staffs pour prendre soin des joueurs et potentialiser leur performance. Cette pratique hors-normes complète une première pratique, marginale dans son nombre d'heures mais importante à mes yeux, qu'est la conduite de groupes de supervision clinique ou didactique. La réflexion sur cette pratique se fait doucement une place dans mes écrits (Haliday, 2024), mais c'est surtout à ses apports en termes de recherche que je tiendrai, dans mes publications futures, à faire une place.

Pour terminer, un travail comme celui que je propose ne peut aller sans un plan de formation rigoureux, afin que les candidats au doctorat sous ma direction bénéficient de bases solides dans le champ de la clinique organisationnelle, impliquant des connaissances épistémologiques et méthodologiques poussées sur les sciences qualitatives et les SHS, mais aussi des connaissances théoriques plurielles et dépassant le cadre de la psychanalyse (des groupes, des institutions ou dans le cadre des thérapies institutionnelles) pour se connecter avec la psychosociologie, la sociologie et les sciences de gestion. Ce plan de continuité pédagogique a commencé à s'élaborer grâce à l'attention toujours maintenue de l'équipe pédagogique de psychologie clinique dans laquelle je travaille pour la place de mes thématiques dans les maquettes de formation du parcours de Master « PCPMP », avec des heures de cours en M1 et en M2 qui seront préparées par la proposition aux étudiants intéressés d'un séminaire de TER en L3 axé sur les thérapies institutionnelles. Si à l'heure actuelle les mémoires passés par ma direction ne reflètent pas encore totalement ce projet, qui s'élabore

concomitamment à la rédaction d'H.D.R., je peux tout de même citer le beau travail de collaboration initié avec Morgan Rossi, étudiant de M2 en 2022-2023, qui a accepté d'analyser certains des entretiens que j'avais conduits avec des directeurs d'hôpital et en a tiré un mémoire intitulé « Essai d'analyse clinique d'un comité de direction » (2023), ainsi qu'un travail de M2 en cours (Allisone Condursi, M2 PCPMP 2024-2025) appuyé sur le projet FHF étudiant les vécus des gardes et des astreintes chez les médecins.

Au-delà de la gouvernance clinique, dont j'ai souligné qu'elle n'était qu'un exemple du potentiel heuristique du champ de la clinique organisationnelle, et d'un usage des identifications croisées avec ceux et celles qui « gouvernent », cette H.D.R. veut surtout affirmer – en tant que voie de recherche, et non comme postulat idéologique – qu'il n'est pas tenable de continuer à distinguer « clinique » et « management » comme s'ils étaient de nature radicalement différente. La psychologie clinique n'est exercée que par les psychologues, mais la clinique en tant que domaine, en tant que démarche et méthode ne leur est pas réservée ; cela nous est quotidiennement rappelé par les élaborations en clinique du travail social ou en sociologie clinique. En revenant à l'étymologie du terme *to manage*, qui signifie d'abord et avant tout « se débrouiller pour réussir à faire quelque chose », il est possible pour un clinicien de se reconnecter à l'essence du management, à savoir un art de la ruse, du faire avec, de la débrouillardise humaine. Il ne s'agit pas de nier que cet art du management une fois devenu forme instituée de gouvernement a pu et est encore utilisé à des fins néfastes pour les collectifs humains et/ou erronées dans leurs prémisses scientifiques, mais l'histoire scientifique et pratique nous a appris que là où la clinique psychanalytique laisse le champ libre, ce sont les approches rationalistes qui risquent de dominer nos organisations et d'orienter notre vision des rapports interhumains⁵⁴.

⁵⁴ On peut en effet noter que certains des détracteurs les plus virulents des approches de coaching individualistes et quasi-chamaniques en management sont aussi les tenants du rationalisme le plus pur, partant du principe que les acteurs sont toujours rationnels dans leurs choix. Un exemple chez Christophe Genoud, auteur de *Leadership*,

Ainsi, sur un registre que je considère tout aussi essentiel que celui de la science, il me paraît crucial, dans un champ sanitaire où les psychiatres et responsables d'unités viendront inévitablement à manquer, que le corps des psychologues se prépare à prendre des responsabilités organisationnelles. C'est parce que j'ai déjà vu des docteurs en psychologie responsables d'unités hospitalières, directeurs de structures médico-sociales voire directeurs d'hôpital après avoir passé l'exigeant concours de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, que je suis convaincue que notre profession n'a pas, pour reprendre les mots de Jacques Rancière sur la logique de *l'arkhê*, à comprendre le gouvernement comme divisant ceux qui prendront part au fait de gouverner et ceux qui ne pourront exister qu'en étant gouvernés – bien des psychologues se vivant comme appartenant à la seconde catégorie et méprisant les tenants de la première. La clinique organisationnelle constitue non le champ propre des psychologues en situation de supervision ou d'analyse des pratiques, mais le domaine qui incorpore à sa recherche la fonction de direction et ses incarnations ainsi que les phénomènes de gouvernance. Les psychologues d'orientation psychanalytique ont un rôle à jouer, dans leurs recherches et leurs carrières post-doctorales, pour promouvoir par l'exemple dans leurs responsabilités futures ce qu'une analyse symbolique de l'aire organisationnelle ouvre comme possibilités d'action différentes, décalées mais tout aussi efficaces (si l'on conçoit l'efficacité à la façon de Jullien, 2002 qui reviendrait à programmer le hasard, au sens de Jean Oury). Dans ce contexte, seule l'orientation psychanalytique – cela vaut d'ailleurs pour la psychologie comme les sciences de gestion – me paraît aujourd'hui à la hauteur du défi que représentent l'analyse, la compréhension et la navigation dans la complexité des mouvements conscients et inconscients des collectifs humains.

agilité, bonheur au travail, bullshit ! En finir avec les idées à la mode et revaloriser (enfin) l'art du management, qui écrit sur son blog : « c'est moins les valeurs de l'acteur ou ses motivations psychologiques qui expliquent son comportement que la conséquence logique et rationnelle d'une analyse stratégique qu'il fait du contexte dans lequel il se trouve et des incitations ou injonctions (paradoxaux) qu'il reçoit. ». <https://christophegenoud.ch/>. Consulté le 12 juillet 2024.

Mais à continuer indéfiniment à concevoir le management comme un objet dont la nature est soudée aux intentions qu'il sert, il devient évident que la psychologie clinique ne pourra jamais aller plus loin que ses prénotions sur ceux qui gouvernent – et dont elle part du principe qu'elle ne peut et ne veut pas faire partie, quand bien même elle ne cesse de se trouver des leaders d'opinion et parfois de fétichiser les expériences de ceux et celles qui, en tant que cliniciens, ont dirigé les institutions dont encore aujourd'hui de nombreux soignants sont fiers⁵⁵. Il ne s'agit pas ici de défendre aveuglément les intérêts des dominants sociaux mais bien de rappeler que la recherche, et surtout la recherche se disant *clinique*, va au plus près des expériences vécues des uns et des autres. C'est à ce titre qu'elle peut contribuer à la conversation internationale au sujet des symptômes que produisent toutes les organisations, que le soin et l'accompagnement soient ou non leurs tâches primaires.

On peut ainsi entendre un peu différemment la déclinaison par Freud des trois métiers impossibles (Freud, 1937/1985), à l'aune des quelques développements qui forment mon programme de recherche pour les années à venir. Analyser (et plus largement soigner), éduquer et gouverner font appel à une *métis* relationnelle (au sens de Detienne & Vernant, 2011), et sont par conséquent similaires non dans leurs fins, mais dans la nature du travail relationnel qui est produit par les professionnels : élaboration des émotions, désaliénation permanente, reconnaissance des symboles sous-jacents à la matérialité et aux contenus manifestes, organisation de groupes sociaux asymétriques donnant naissance à des fantasmes qui sont en permanence à remettre sur le métier ; déni parfois de cette asymétrie au profit de fantasmes d'horizontalité qui masquent aux professionnels qui exercent dans ces champs la dimension inévitable de mentorat, de leadership, et des rapports entre ces « meneurs » de groupe et les

⁵⁵ Toutes les cliniques de psychothérapie institutionnelle sont concernées, ainsi que Saint-Alban en Lozère ; l'ont été aussi les services de Landerneau et ceux d'Angers lorsque Pierre Delion y était présent, mais aussi La Velotte à Besançon et l'ASM 13 à Paris, le Centre Antonin Artaud à Reims, et tous les établissements où, au fil de mon parcours, je suis passée et ai entendu qu'il s'y pratiquait là, à une époque et sous la direction de chefs de service dont les noms faisaient l'objet d'une idéalisation certaine, « de la psychothérapie institutionnelle ». Ce mouvement n'est pas spécifique à la P.I. mais a pu lui causer du tort.

collectifs dont ils sont issus et avec lesquels ils travaillent. Si les liens entre soigner et éduquer ont fait l'objet d'écrits par des cliniciens d'orientation analytique (Pechberty et al., 2020), l'exclusion du « gouverner » en dit long sur la façon quelque peu symptomatique dont s'est structurée la clinique institutionnelle du point de vue de la recherche.

Comment, alors, penser des asymétries de positions sociales qui ne donnent lieu ni à des hiérarchies rigides, ni à des fantasmes d'homogénéité dans les collectifs ? Comment, au fond, étudier les processus par lesquels les groupes assujettis peuvent se situer comme groupes-sujets et les paramètres qui contribuent à ces passages dans un sens (désaliénation) comme dans l'autre (aggravation symptomatique), en tenant compte des effets concrets, organisationnels, de ces mouvements institutionnels ? Une voie de recherche s'ouvre ; elle n'est pas radicalement nouvelle mais procède d'un art de la mémoire de ce que la psychothérapie institutionnelle nous a enseigné (le nous ici est un véritable pluriel, car je me situe parmi tous ceux dont elle a changé la trajectoire). En proposant qu'il est possible de soigner les organisations et en étudiant les répercussions en termes de recherche et de pratique d'une telle proposition, en tentant une internationalisation sans céder sur sa spécificité et une ouverture à l'interdisciplinarité sans perdre l'héritage du soin psychique, la recherche en psychologie clinique sur les institutions et les organisations peut encore faire un bout de chemin – et moi avec, je l'espère.

Références bibliographiques

- Agier, M. (2019). La vérité du terrain. Réflexions sur l'enquête ethnographique, le savoir et la parole des anthropologues. *Monde Commun*, 2, 31–46.
- Amado, G. (1994). Psychoanalysis and Organization: A Cross-Cultural Approach. In M. Hofmann & M. List (Eds.), *Psychoanalysis and Management* (pp. 13–22). Heidelberg: Physica-Verlag HD. https://doi.org/10.1007/978-3-662-12847-3_2
- Amado, G. (1995). Why psychoanalytical knowledge helps us understand organizations a discussion with Elliott Jaques. *Human Relations*, 48(4), 351–357.
- Amado, G. (1999). Groupes opérationnels et processus inconscients. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 905–915.
- Amado, G. (2013). Les processus psychiques au sein des groupes de travail : au-delà de Bion et de Pichon-Rivière. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 15(1), 163–182. <https://doi.org/10.3917/nrp.015.0163>
- André, D., & Haliday, H. (2021). Les psychologues face aux reconfigurations de leur marché du travail : des « indésubordonnés » ? *Psychologues et Psychologies*, 275–276(5), 027–031. <https://doi.org/10.3917/pep.275.0003d>
- André, D., & Haliday, H. (2022). La “politique du stage” chez les étudiants en psychologie français entre régulations et dérégulations institutionnelles. *Revue québécoise de psychologie*, 43(1), 85–109. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1088842ar>
- Anzieu, D., & Enriquez, E. (1999). La rencontre du groupe. *Revue Française de Psychanalyse*, 63(3), 737–749.
- Armstrong, D. (2005). *Organization in the mind. Psychoanalysis, group relations, and organizational consultancy*. Karnac.
- Arnaud, G. (2002). The organization and the symbolic: Organizational dynamics viewed from a Lacanian perspective. *Human Relations*, 55(6), 691–716. <https://doi.org/10.1177/0018726702556004>
- Arnaud, G. (2012). The Contribution of Psychoanalysis to Organization Studies and Management: An Overview. *Organization Studies*, 33(9), 1121–1135. <https://doi.org/10.1177/0170840612448153>
- Arnaud, G., Fugier, P., & Vidaillet, B. (2018). *Psychanalyse des organisations. Théories, cliniques, interventions*. Érès. <https://www.cairn.info/psychanalyse-des-organisations--9782749257525.htm>
- Assoun, P.-L. (1983). Le vieillissement saisi par la psychanalyse. *Communications*, 37, 167–179.
- Avanza, M. (2008). Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas « ses indigènes » ? Une enquête au sein d'un mouvement xénophobe. In A. Bensa & D. Fassin (Eds.), *Les politiques de l'enquête* (pp. 41–58). La Découverte.
- Ayme, J. (2009). Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, 44, 111–153.
- Ayme, J., Rappard, P., & Torrubia, H. (1964). Thérapeutique institutionnelle. EMC-Psychiatrie, 10(37390 G10).
- Ballon, J., Le Dilosquer, P.-Y., & Thorigny, M. (Eds.). (2019). *La recherche en action : quelles postures de recherche ?* EPURE - Editions et presses universitaires de Reims.

- Beaud, S., & Weber, F. (2017). *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.
- Becker, H. S. (2010). L'enquête de terrain : quelques ficelles du métier. *Sociétés Contemporaines*, (40), 151–164.
- Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale: vers un bonheur sous contrôle*. Paris: La Fabrique éd.
- Bion, W. (1999). *Recherches sur les petits groupes*. Presses universitaires de France.
- Bion, W. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (1984). *Attention and interpretation*. Karnac. Première édition : 1970.
- Bittolo, C. (2007). Ambiances et changements en analyse de groupe. In *Connexions* (Vol. 88, Issue 2). <https://doi.org/10.3917/cnx.088.0009>
- Bittolo, C. (2008). Les ambiances et leur traitement dans les groupes en institution. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 50(1), 47–55. <https://doi.org/10.3917/rppg.050.0047>
- Bittolo, C. (2023). Le concept d'ambiance : conditions d'observation et dimensions structurelles d'une sensorialité immersive. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 80(1), 15–28. <https://doi.org/10.3917/rppg.080.0015>
- Blanchard, A., & Wenden, B. (2008). Montrer la science en train de se faire par les écrits scientifiques. *Didaskalia*, 32(1), 185–199. <https://doi.org/10.4267/2042/23984>
- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In D. Anzieu & R. Kaës (Eds.), *Crise, Rupture et dépassement* (pp. 255–285). Dunod.
- Boisard-Castelluccia, S., & van Hoorebeke, D. (2010). Le management de la diversité des équipes par la contagion émotionnelle, au cœur de la performance de groupe ? *Management & Avenir*, n° 38(8), 240–256. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0240>
- Bonnafé, L. (1991). *Désaliéner? folie(s) et société(s)*. Presses universitaires du Mirail.
- Bonny, Y. (2012). Introduction. Les institutions publiques au prisme de la pluralité. In *L'institution plurielle* (pp. 7–35). Presses Universitaires du Septentrion.
- Bouilloud, J. P., Pérezts, M., Viale, T., & Schaepelynck, V. (2020). Beyond the Stable Image of Institutions: Using Institutional Analysis to Tackle Classic Questions in Institutional Theory. *Organization Studies*, 41(2), 153–174. <https://doi.org/10.1177/0170840618815519>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1984). *Homo Academicus*. Les Éditions de Minuit. <https://doi.org/10.2307/3321365>
- Bourdieu, P. (2002). *Questions de sociologie*. Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 5(150), 43–58. <https://doi.org/10.3917/arss.150.0043>
- Bourdieu, P. (2022). *Retour sur la réflexivité*. Editions de l'EHESS.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (1968). *Le métier de sociologue*. Mouton.
- Brault, I., Roy, D., & Denis, J. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation Des Soins*, 39(3), 167–

- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health, 24*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Brennan, N., & Flynn, M. (2013). Differentiating Clinical Governance, Clinical Management and Clinical Practice. *Clinical Governance: An International Journal, 18*(2), 114–131.
- Callon, M. (1986). Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année Sociologique, 36*, 169–208.
- Campo, M. (2020). *Evolution paradigmatique de la relation émotions-performance en sport. Une approche par l'identité sociale*. Université de Bourgogne.
- Caron, R., Demailly, L., & Haliday, H. (Eds.). (2021). *Revue française de phénoménologie et de psychanalyse, numéro spécial. Devenir.s institutionnel.s*. L'Harmattan.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Seuil.
- Chanoit, P., Gantheret, F., Refabert, P., Sanquer, E., & Sivadon, P. (1966). Le contre-transfert institutionnel. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle, 1*, 23–34.
- Chaperot, C., & Altobelli, A. (2014). Psychiatrie et ambiance. *Evolution Psychiatrique, 79*(3), 541–555. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.07.009>
- Chater, N., & Loewenstein, G. (2023). The i-frame and the s-frame: How focusing on individual-level solutions has led behavioral public policy astray. *Behavioral and Brain Sciences, online*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0140525X22002023>
- Clarke, V., Braun, V., Adams, J., Callaghan, J. E. M., Lamarre, A., & Semlyen, J. (2024). “Being Really Confidently Wrong”: Qualitative Researchers’ Experiences of Methodologically Incongruent Peer Review Feedback. *Qualitative Psychology, online*. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/qup0000322>
- Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*. Editions la Découverte.
- Cornaton, M. (1969). *Groupes et sociétés. Initiation à la psychosociologie des groupes*. Privat.
- Crété, P. (2015). La fonction de direction au service de l’Etablissement et de l’Institution. *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle, 56*, 49–65.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système*. Seuil.
- Dasen, P. R. (2019). The Trouble of Having a Psychologist Sharing Field Work. In A. Von Poser & A. Von Poser (Eds.), *Facets of fieldwork. Essays in honor of Jürg Wassmann* (pp. 255–271). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- de Certeau, M. (2010). *L'invention du quotidien. Tome 1 : Arts de faire*. Gallimard.
- De Zitter, L. (2019). À propos de la fonction Club. *Chimères, 2*(95), 17–34. <https://doi.org/10.3917/chime.095.0017>
- Dejours, C. (2016). *Souffrance et plaisir au travail. l'approche par la psychopathologie du travail. 1*(35), 17–30. <https://doi.org/10.3917/trav.035.0017>

- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Éditions de minuit.
- Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-Psychiatrie*, (37-930-G-10), 47–76.
- Delion, P. (2018). *Qu'est-ce que la psychothérapie institutionnelle ? Conversation avec Yasuo Miwaki* (Editions d).
- Demailly, L., & Haliday, H. (2022). Les phénomènes communicationnels au sein des pôles de psychiatrie publique pour adultes : formes, innovations et enjeux. *Sciences Sociales et Santé*, 40(3), 39–65. <https://doi.org/10.1684/sss.2022.0231>
- Demarchi, A.-L. (2023). Clinique de l'incestionnel. *Le Coq-Héron*, N° 254(3), 39–45. <https://doi.org/10.3917/cohe.254.0039>
- Deneault, A. (2013). “Gouvernance”. *Le management totalitaire*. Lux.
- Detienne, M., & Vernant, J.-P. (2011). *Les ruses de l'intelligence: la mètis des Grecs*. Flammarion.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion. Première édition : 1980.
- Dewey, J. (2010). *Le public et ses problèmes*. Folio Essais.
- Dewey, J. (2014). *La quête de certitude*. Gallimard.
- Diamond, M. A. (2007). Organizational change and the analytic third : locating and attending to unconscious organizational psychodynamics. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 12, 142–164. <https://doi.org/10.1057/palgrave.pcs.2100116>
- Diamond, M. A., & Allcorn, S. (2009). *Private selves in public organizations. The psychodynamics of organizational diagnosis and change* (Vol. 4, Issue 1).
- Dobrzynski, A. C. (2019). La scène interinstitutionnelle: Un espace psychique pour mettre en travail le langage subjectif de l'agir violent. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 73(2), 91–105. <https://doi.org/10.3917/rppg.073.0091>
- Dorvil, H. (Ed.). (2007). *Problèmes sociaux Tome III. Théories et méthodologies de la recherche*. Presses de l'Université du Québec.
- Drieu, D. (Ed.). (2013). *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle*. Dunod.
- Enriquez, E. (1993). Vie psychique et organisation. *Tumultes*, 2, 263–279.
- Enriquez, E. (2003). *L'organisation en analyse*. PUF. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/puf.enriq.2003.01>
- Escande-Gauquié, P. (2023). Une enquête par le proche : vers la participation observante. *Communication & Langages*, N° 217(3), 71–89. <https://doi.org/10.3917/comla1.217.0071>
- Escoubas, É. (2016). V. Du pathique et du rythme : singularité de Maldiney dans l'histoire de la philosophie. In *À l'épreuve d'exister avec Henri Maldiney* (pp. 117–125). Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.youne.2016.01.0117>
- Fabris, F. (2013). Les notions de tâche, prêtâche et travail dans la théorie de Pichon-Rivière. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 15(1), 183–192. <https://doi.org/10.3917/nrp.015.0183>
- Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche En Soins Infirmiers*, 1(84), 41–51. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

- Fleming, W. J. (2024). Employee well-being outcomes from individual-level mental health interventions: Cross-sectional evidence from the United Kingdom. *Industrial Relations Journal*, 1–21. <https://doi.org/10.1111/irj.12418>
- Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Tracts Gallimard.
- Florence, J. (1978). *L'identification dans la théorie freudienne*. Facultés universitaires Saint-Louis.
- Fotaki, M., Islam, G., & Antoni, A. (Eds.). (2021). *Business Ethics and Care in Organizations*. Routledge.
- Fraher, A. L. (2004). Systems Psychodynamics: The Formative Years of an Interdisciplinary Field at the Tavistock Institute. *History of Psychology*, 7(1), 65–84. <https://doi.org/10.1037/1093-4510.7.1.65>
- French, R. B., & Simpson, P. (2010). The “work group”: Redressing the balance in Bion’s experiences in groups. *Human Relations*, 63(12), 1859–1878. <https://doi.org/10.1177/0018726710365091>
- Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves*. PUF.
- Freud, S. (1981). Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse* (pp. 123–217). Payot.
- Freud, S. (1985a). L’analyse avec fin et l’analyse sans fin. In *Résultats, idées, problèmes t. II* (pp. 231–268). PUF.
- Freud, S. (1985b). “Psychoanalyse” et “théorie de la libido.” In *Résultats, idées, problèmes* (pp. 51–77). Presses universitaires de France.
- Gabriel, Y. (2015). The caring leader – What followers expect of their leaders and why? *Leadership*, 11(3), 316–334. <https://doi.org/10.1177/1742715014532482>
- Gaillard, G. (2022). Chapitre 5. Les dispositifs institutionnels et leurs arrière-fonds. In *Pratiques cliniques et dispositifs « aux limites »* (pp. 85–96). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.jung.2022.01.0085>
- Garrabé, J. (1981). Que sera la psychothérapie institutionnelle à la fin du XXe siècle ? In *Psychiatrie et Société* (pp. 35–43). ERES.
- Garrabé, J. (1983). L’après-crise de la psychothérapie institutionnelle. *L’information Psychiatrique*, 59(4), 611–618.
- Garrabé, J. (1987). Peut-on parler d’une psychothérapie trans-institutionnelle ? *Annales Medico-Psychologiques*, 145(8), 717.
- Garrels, V., Skåland, B., & Schmid, E. (2022). Blurring Boundaries: Balancing between Distance and Proximity in Qualitative Research Studies With Vulnerable Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1–11. <https://doi.org/10.1177/16094069221095655>
- Génard, J.-L., & Roca i Escoda, M. (2010). La « rupture épistémologique » du chercheur au prix de la trahison des acteurs ? Les tensions entre postures « objectivante » et « participante » dans l’enquête sociologique. *Ethique Publique*, 12(1), 139–163. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.210>
- Gray, T. (2000). Clinical governance. *Annals of Clinical Biochemistry*, 37, 9–15.
- Grimaud, L. (2010). Penser la clinique à l’heure du management : problématiques et concepts. *Empa*, 2(78), 111–118. <https://doi.org/10.3917/empa.078.0111>

- GTPSI. (2014). *L'établissement psychiatrique comme ensemble signifiant*. Editions d'Une.
- Guattari, F. (1966). Intervention de Pierre-Félix Guattari. *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, 4, 29–34.
- Guattari, F. (1972). *Psychanalyse et transversalité* (F. Maspero (Ed.)).
- Guery, A. (2003). Institution. Histoire d'une notion et de ses utilisations dans l'histoire avant les institutionnalismes. *Cahiers d'économie Politique*, 1(44), 7–18. <https://doi.org/10.3917/cep.044.0007>
- Haliday, H. (2024). La « gouvernance clinique » : sur un mode de travail particulier chez les directeurs d'hôpital. *In Analysis*, 8(1), 100429. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2024.100429>
- Haliday, H. (2018). Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ? Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment. *L'Information Psychiatrique*, 94(10), 835–840. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1886>
- Haliday, H., & Banyols, P. (2024). Quels modèles pour penser le traitement institutionnel des situations de « double contrainte » en psychiatrie ? Apports croisés de la psychologie clinique et du droit. *PSN. Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, in press.
- Haliday, H. (2017). *Tenants et aboutissants de la Qualité de Vie au Travail dans les établissements de santé : une revue de littérature*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23638.50243>
- Haliday, H. (2018). Peut-on réhabiliter le concept d'institution en psychiatrie ? *L'Évolution Psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/J.EVOPSY.2018.10.005>
- Haliday, H. (2019a). Peut-on réhabiliter le concept d'institution en psychiatrie ? *L'Évolution Psychiatrique*, in press. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.10.005>
- Haliday, H. (2019b). *Qui prend soin du réseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français* [Université Paris VII-Diderot]. <http://www.theses.fr/2019USPCC001>
- Haliday, H. (2019c). Qui prend soin du réseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français. *Annales Médico-Psychologiques*, 177(10), 1005–1009. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2019.09.010>
- Haliday, H. (2020). Rester clinicienne dans une administration : leçons d'une recherche-action... à l'hôpital public. *Connexions*, 1(113), 121–132. <https://doi.org/10.3917/cnx.113.0121>
- Haliday, H. (2021a). « Prenez garde à la fermeture des portes. » Le clinicien-chercheur face à la désymbolisation en psychiatrie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 77(2), 151–162. <https://doi.org/10.3917/rppg.077.0151>
- Haliday, H. (2021b). Contribution à l'étude clinique des institutions de soins. Le fantasme de l'institution malfaisante. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 179(3), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.07.004>
- Haliday, H. (2022). Le travail de la relation à l'institution hospitalière : du traitement de l'agressivité dans et par la recherche-action. *Questions Vives*, 38, 0–16. <https://doi.org/10.4000/13451>
- Haliday, H. (2023a). Revaloriser la dimension du contact en psychiatrie. Du Praecox Gefühl à un outil de typification des formes d'existence humaine. *Evolution Psychiatrique*, 88(3), 335–344. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2023.03.013>

- Haliday, H. (2023b). *La parole et la folie, une affaire purement politique ? Une analyse clinique des difficultés relationnelles en psychiatrie* (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 41(2), 31–39. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0247>
- Haliday, H. (2024a). La participation aux groupes de supervision : un apprentissage par l'expérience de l'expérience d'autrui. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, à paraître*.
- Haliday, H.. (2024b). Une clinique du « travail émotionnel » chez les directeurs d'hôpital français, entre contrainte et élaboration psychique. *Nouvelle Revue de Psychosociologie, accepté*.
- Haliday, H. (2025, à paraître). Le travail de l'angoisse face à l'incertitude dans les fonctions de direction. Position de non-savoir, position interprétative et efficacité du non-agir. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de réseaux*.
- Haliday, H., & Demailly, L. (2021). Going Beyond a Conflict of Approaches in Psychiatric Care : The Perks of Interdisciplinary Research. *New Trends in Qualitative Research*, 6, 41–51. <https://doi.org/https://doi.org/10.36367/ntqr.6.2021.41-51>
- Haliday, Héloïse, & Demailly, L. (2023). Clinique et matérialité en psychiatrie publique française : les interactions soignants/soignés. *Revue québécoise de psychologie*, 44(2), 80–98. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1109741ar>
- Haliday, H., & Gabarrot, F. (2024). “Qui prend soin et qui protège le cadre de santé ?”. Apports de la psychologie clinique et sociale à la question du leadership de proximité à l'hôpital public. *Preprint*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fj6sv>
- Haliday, H., & Khidichian, F. (2019). Réunir les équipes pour soigner les patients : comment le savoir-faire psychiatrique peut éclairer les autres disciplines médicales. *Ethique et Sante, accepté, à paraître*.
- Haliday, H., & Schepens, F. (2023). Au sommet mais invisibles : la construction professionnelle fragile des directeurs d'hôpital dans le monde de la santé français. *Actes Du Colloque “Approcher Le Monde Professionnel de La Santé Par Ses Marges,”* 180–192. https://doi.org/10.1163/9789004659506_009
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing clinical governance : turning vision into reality. *British Medical Journal*, 1413–1417.
- Hamant, O. (2023). *Antidote au culte de la performance. La robustesse du vivant* (Tracts). Gallimard.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Hennequin, E. (Ed.). (2012). *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles : approches en sciences sociales*. L'Harmattan.
- Heron, J., & Reason, P. (2001). The practice of co-operative inquiry: research “with” rather than “on” people. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of Action Research; Participative inquiry and practice* (pp. 179–188). London: SAGE Publications.
- Hildwein, F. (2021). Les Groupes d'Entraide Mutuelle : organisations autonomes ou sous tutelle ? Enjeux organisationnels de la souffrance psychique. In A. Béji-bécheur, B. Vidaillet, & F. Hildwein (Eds.), *ORGANISONS L'ALTERNATIVE ! Pratiques de gestion pour une transition écologique et sociale* (p. 233). EMS.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: The commercialization human of feeling twentieth anniversary edition with a new afterword*.

- Hughes, E. (1996). Le drame social du travail. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 115(2), 94–99. <https://doi.org/10.3406/arss.1996.3207>
- Hugo, V. (2018). *De l'utilité du beau et autres textes*. Manucius.
- Huynh-Quan-Suu, C. (n.d.). *Étymologie du terme "gouvernance."* Commission Européenne.
- Jaeggi, R. (2009). Was ist eine (gute) Institution. In A. Honneth & R. Forst (Eds.), *Sozialphilosophie Und Kritik* (pp. 528–544). Suhrkamp.
- Jamoulle, P. (2004). Approche clinique et posture ethnologique. *Pensée plurielle*, 8(2), 31–37. <https://doi.org/10.3917/pp.008.0031>
- Jaques, E. (1995). Why the psychoanalytical approach to understanding organizations is dysfunctional. *Human Relations*, 48(4), 343–349.
- Jullien, F. (2002). *Traité de l'efficacité*. Le livre de poche.
- Kaës, R. (1999). Une conception psychanalytique de l'institution. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 32, 9–22.
- Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal*. Dunod.
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R. (2015a). *L'extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie de troisième type*. Dunod.
- Kaës, R. (2015b). L'extension des pratiques et de la théorie de la psychanalyse. In *L'extension de la psychanalyse* (pp. 17–32). Dunod. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DUNOD_KAES_2015_02_0017
- Kantorowicz, E. (1989). *Les Deux Corps du roi. Essai sur la théologie politique au Moyen Âge*. Gallimard.
- Kernberg, O. F. (2006). Le divan à la mer : la psychanalyse des organisations. *Revue Française de Psychanalyse*, 70(4), 919–932. <https://doi.org/10.3917/rfp.704.0919>
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states (1940). *The Selected Melanie Klein, IV(1940)*, 146–174. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1940-04560-001>
- Krantz, J. (2010). Social defences and twenty-first century organizations. *British Journal of Psychotherapy*, 26(2), 192–201.
- Kump, B. (2022). No need to hide: Acknowledging the researcher's intuition in empirical organizational research. *Human Relations*, 75(4), 635–654. <https://doi.org/10.1177/0018726720984837>
- Lacan, J. (1956). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *La Psychanalyse*, 1, 81–166.
- Lacan, J. (1975). Conférences dans les universités nord-américaines : le 2 décembre 1975 au Massachusetts Institute of Technology. *Scilicet*, 6–7, 53–63. <http://aejcpp.free.fr/lacan/1975-12-02.htm>
- Landbeck, A., & Laurent, A. (2023). « La malléabilité du cadre thérapeutique comme support d'élaboration sur les terrains de l'aide internationale ». *Pratiques Psychologiques*, 29(1), 45–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.prps.2022.11.001>
- Lapassade, G. (2015). *L'analyse institutionnelle*. 185–192.

- Lapassade, G., Bruce, P., Cosson, P. G., & Savoye, A. (2015). *La rencontre institutionnelle*. 269–305.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Lauade, L., & Chauvigné, C. (2010). Diriger, une activité de travail. *Revue Internationale de Psychosociologie*, Vol. XVI(39), 81–108. <https://doi.org/10.3917/rips.039.0081>
- Lawlor, D., & Sher, M. (2021). An Introduction to Systems Psychodynamics. In *An Introduction to Systems Psychodynamics*. <https://doi.org/10.4324/9781003181507>
- Le Marec, J. (Ed.). (2010). *Les études de sciences. Pour une réflexivité institutionnelle*. Archives contemporaines.
- Ledoux, M. (2023). *Ce qui se passe. Métapsychologie de la psychothérapie institutionnelle*. Editions Jérôme Millon.
- Levy, C., & Andersson Bäck, M. (2022). Caring Leader Identity Between Power and Powerlessness. *Organization Studies*, 43(6), 953–972. <https://doi.org/10.1177/01708406211006245>
- Lévi-Strauss, C. (2012). *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*. Presses Universitaires de France. Première édition : 1949.
- Lévy, A. (Ed.). (1965). *Psychologie sociale. Textes fondamentaux anglais et américains. Tome 1*. Dunod.
- Lewin, K. (1947a). Frontiers in group dynamics. Concept, Method and Reality in social science ; social equilibria and social change. *Human Relations*, 5–41.
- Lewin, K. (1947b). Frontiers in group dynamics. II. Channels of group life ; social planning and action research. *Human Relations*, 143–153.
- Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Les Éd. de Minuit.
- Lourau, R. (2015). *Pour une sociologie des contre-institutions , à propos de deux ouvrages récents*. 281–295.
- Majastre, J.-O. (1972). *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public* (F. Maspero (Ed.)).
- Marin, C., & Worms, F. (Eds.). (2015). *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*. PUF.
- Martin, N. (2021). Dire la fragilité des mondes. *Revue Du Crieur*, N° 18(1), 4–19. <https://doi.org/10.3917/crieu.018.0004>
- Maso, J., & Tosquelles, F. (2021). *Soigner les institutions*. L'arachnéen.
- Maurin, A. (2021). *Penser les rapports Sujets/Institutions : Expériences de subjectivation, entre défiance, résistance et créativité* [Université Sorbonne Paris Nord]. <https://hal.science/tel-04007531>
- Mellier, D. (2012). Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique groupal d'équipe. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 14(2), 131. <https://doi.org/10.3917/nrp.014.0131>
- Mellier, D. (2018). *La vie psychique des équipes*. Dunod.
- Menzies, I. E. P. (1960). A case-study in the functioning of social systems as a defence against

- anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations*, 13(2), 95–121. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/001872676001300201>
- Meyer, R. E., & Höllerer, M. A. (2014). Does institutional theory need redirecting? *Journal of Management Studies*, 51(7), 1221–1233. <https://doi.org/10.1111/joms.12089>
- Michaud, G. (1977). *Laborde, un pari nécessaire: de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*. Gauthier-Villars.
- Molinier, P. (2016). L'accueil et le plaisir de soigner. *Le Sujet Dans La Cité*, 2(7), 141–150.
- Molinier, P. (2020). *Le travail du care*. La Dispute.
- Morgan, D. L., & Nica, A. (2020). Iterative Thematic Inquiry: A New Method for Analyzing Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Methods*, 19(September). <https://doi.org/10.1177/1609406920955118>
- Morin, E. (1966). L'interview dans les sciences sociales et à la radio-télévision. *Communications*, 7(1), 59–73. <https://doi.org/10.3406/comm.1966.1095>
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe* (Editions d).
- Nicholls, S., Cullen, R., Neill, S. O., & Halligan, A. (2000). NHS support team Clinical governance : its origins and its foundations. *British Journal of Clinical Governance*, 5(3), 172–178.
- Ostrom, E. (2010). Institutional analysis and development : elements of the framework in historical perspective. In *HISTORICAL DEVELOPMENTS AND THEORETICAL APPROACHES IN SOCIOLOGY – Vol. II - Institutional Analysis and Development: Elements of The Framework in Historical Perspective* (pp. 261–289). EOLSS Publications.
- Oury, F. (2004). Institutions : de quoi parlons-nous ? *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, 34, 1–3. https://www.meirieu.com/PATRIMOINE/fernandoury_institutions.pdf
- Oury, J. (1986a). *Le Collectif. Séminaire de Sainte-Anne*. CEMEA Editions du Scarabée.
- Oury, J. (1986b). Alors, la vie quotidienne ? Séminaire de Sainte-Anne, septembre 1986. 1–6. Retrieved from www.revue-institutions.com/articles/19/Document5.pdf
- Oury, J. (1998). *Les séminaires de La Borde, 1996-1997*. Champ social éd.
- Oury, J. (2000). Liberté de circulation et espace du dire. *VST - Vie Sociale et Traitements*, 65, 1–7. <https://www.cemea.asso.fr/spip.php?article2944>
- Oury, J. (2008). *Itinéraires de formation*. Hermann éd.
- Oury, J. (2015). *La Décision. Séminaire de Sainte-Anne, 1985-1986*. Cour-Cheverny: Institutions.
- Oury, J., Bernier, P., Chedri, S. H., & Luca-Bernier, C. de. (2012). *Rencontre avec le Japon: Jean Oury à Okinawa, Kyoto, Tokyo*. Champ social éd.
- Oyebode, F., Brown, N., & Parry, E. (1998). Clinical governance : application to psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 23, 7–10.
- Paillé, P. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative. *SociologieS*, July 2011, 0–13. <http://journals.openedition.org/sociologies/3557>
- Passeron, J.-C. (2006). *Le raisonnement sociologique*. Albin Michel.
- Payet, J.-P. (2011). L'enquête sociologique et les acteurs faibles. *SociologieS*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.4000/sociologies.3629>

- Payette, A., & Champagne, C. (2005). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Presses Universitaires du Québec.
- Pechberty, B., Robert, P., & Chaussecourte, P. (2020). Entre le soin et l'éducation : des métiers impossibles ? Souffrance psychique et créativité des professionnels de l'enseignement, de l'éducation et du soin psychique. In *Savoir et Formation*. L'Harmattan.
<https://www.cairn.info/entre-le-soin-et-l-education--9782343188270.htm>
- Peirce, C. S. (1998). *The essential Peirce. Selected Philosophical Writings. Volume 2 (1893-1913)* (N. Houser, J. R. Eller, A. C. Lewis, A. De Tienne, C. L. Clark, & D. Bront Davis (Eds.)). Indiana University Press.
- Perdomo, A., Domíć, Z., Zerbib, M., & Real, M. (2023). 67 ans de cliniques schizoanalytiques à Montevideo. *Chimères, N° 102(1)*, 97–112. <https://doi.org/10.3917/chime.102.0097>
- Petriglieri, G. (2020). F**k Science !? An Invitation to Humanize Organization Theory. *Organization Theory*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/2631787719897663>
- Petriglieri, G., & Stein, M. (2012). The Unwanted Self : Projective Identification in Leaders' Identity Work. *Organization Studies*, 33(9), 1217–1235.
<https://doi.org/10.1177/0170840612448158>
- Petriglieri, G., & Petriglieri, J. L. (2020). The return of the oppressed: A systems psychodynamic approach to organization studies. *Academy of Management Annals*, 14(1), 411–449.
<https://doi.org/10.5465/annals.2017.0007>
- Pichon-Rivière, E. (2004). *Le processus groupal*. Eres.
- Pinel, J.-P., & Gaillard, G. (2020). Le travail psychanalytique en institution. Manuel de cliniques institutionnelles. In *Psychothérapies*. Dunod. <https://www.cairn.info/le-travail-psychanalytique-en-institution--9782100804863.htm>
- Pinel, J. (1989). Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 13(1), 77–87.
<https://doi.org/10.3406/rppg.1989.1040>
- Pinel, J. (2002). Déliaisons des liens et pathologie de l'acte à l'adolescence. In F. Marty (Ed.), *Le lien et quelques-unes de ses figures*. Presses Universitaires de Rouen.
- Pontalis, J.-B. (1990). *La Force d'attraction. Trois essais de psychanalyse*. Seuil.
- Porge, E. (2015). D'un stade de l'Écho. *Insistance*, 2(10), 69–73.
<https://doi.org/10.3917/insi.010.0069>
- Pouchelle, M.-C. (2010). Situations ethnographiques à l'hôpital. « Elle vient voir si on a un os dans le nez... ». *Recherche En Soins Infirmiers, N° 103(4)*, 4–19.
<https://doi.org/10.3917/rsi.103.0004>
- Pouillaude, E. (2015). Clinique des psychoses infantiles : du transfert dissocié à la direction de cure. *Cliniques Méditerranéennes*, 2(92), 205–218. <https://doi.org/10.3917/cm.092.0205>
- Pouillaude, É. (2022). Du statut de psychologue à la fonction de direction. *Pratiques En Santé Mentale, 68e année(3)*, 27–32. <https://doi.org/10.3917/psm.223.0027>
- Poulain-Colombier, J. (2014). Lire Bion avec Keats. *Le Coq-Héron, n° 216(1)*, 114–116.
<https://doi.org/10.3917/cohe.216.0114>

- Price, T., Tredinnick-Rowe, J., Walshe, K., Tazzyman, A., Ferguson, J., Boyd, A., Archer, J., & Bryce, M. (2020). Reviving clinical governance? A qualitative study of the impact of professional regulatory reform on clinical governance in healthcare organisations in England. *Health Policy*, 124(4), 446–453. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.004>
- Puget, J. (2016). Comment penser le social et le politique dans la clinique. *Connexions*, 106(2), 37–48. <https://doi.org/10.3917/cnx.106.0037>
- Racamier, P.-C. (2020). *L'esprit des soins. Volume I : Parcours, perspectives, le cadre*. Editions de la Velotte.
- Rancière, J. (1997). Onze thèses sur la politique. *Filozofski Vestnik*, XVIII(2), 91–106.
- Rancière, J. (2004). *Aux bords du politique*. Folio Essais.
- Reason, P., & Riley, S. (2008). Co-operative inquiry. An action research practice. In *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods* (pp. 207–234). SAGE Publications.
- Revault d'Allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Dunod.
- Reynaud, M., Lignier, B., & Haliday, H. (2021). Effets de l'Intervention Psychodynamique Brève en groupe de thérapeutes sur la dépression aiguë. Le rôle du « dégel » de l'activité psychique. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 179(9), 797–804. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.003>
- Robcis, C. (2016). François Tosquelles and the Psychiatric Revolution in Postwar France. *Constellations*, 23(2), 212–222. <https://doi.org/10.1111/1467-8675.12223>
- Robcis, C. (2021). *Disalienation. Politics, Philosophy, and Radical Psychiatry in Postwar France*. University of Chicago Press.
- Rothberg, D. (1968). *Les réunions à l'hôpital psychiatrique*. CEMEA.
- Rouchy, J.-C., & Soula Desroche, M. (2004). Introduction. In *Institution et changement: Vol. 2* (pp. 17–20). Érès. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ERES_ROUCH_2004_01_0017
- Rouchy, J.-C., & Soula Desroche, M. (2010). *Institution et changement: processus psychique et organisation*. Érès.
- Roux-Lafay, C. (2016). L'éthique du care dans le champ éducatif ou le nouveau paradigme de la bienveillance ». *Éducation et Socialisation*, 42, 2016. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/edso.1857>
- Rushmer, R. K., & Wilkinson, J. (2004). *Clinical governance and the learning organization*. *DoH 1997*, 105–113.
- Saks, A. M. (2021). A Model of Caring in Organizations for Human Resource Development. In *Human Resource Development Review* (Vol. 20, Issue 3). <https://doi.org/10.1177/15344843211024035>
- Sandler, J. (2015). On internal object relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(4), 859–880. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/000306519003800401>
- Schwering, K. L. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ Psychosomatique*, 66(2), 31–44. <https://doi.org/10.3917/cpsy.066.0031>
- Schweyer, F. (2001). Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public

- hospitalier. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 4, 115–121.
- Schweyer, F. (2005). Les carrières des directeurs d'hôpital. *Revue Française d'administration Publique*, 4(116), 623–638.
- Schweyer, F. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue Européenne Des Sciences Sociales*, XLIV(135), 45–60.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4000/ress.251>
- Schweyer, F. (2018). Réflexion sur l'évolution des métiers de dirigeants : le cas des directeurs hospitaliers. In P. Marin & Y. Tenne (Eds.), *Devenir cadre dirigeant* (pp. 115–123). Presses de l'EHESP.
- Shapiro, E. R. (1991). The Interpretive Stance. In E. R. Shapiro & W. Carr (Eds.), *Lost in familiar places. Creating new connections between the individual and society* (pp. 75–87). Yale University Press.
- Shapiro, E. R., & Carr, A. W. (1991). *Lost in Familiar Places: Creating New Connections Between the Individual and Society*. Yale University Press.
<http://www.jstor.org/stable/j.ctt32bqfj>
- Simpson, P., & French, R. (2006). Negative Capability and the Capacity to Think in the Present Moment: Some Implications for Leadership Practice. *Leadership*, 2(2), 245–255.
<https://doi.org/10.1177/1742715006062937>
- Smit, B., & Cillers, F. (2015). Understanding Implicit Texts in Focus Groups from a Systems Psychodynamic Perspective. *The Qualitative Report*, 11(2), 302–316.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2006.1675>
- Souchard, N., & Bonny, Y. (2015). La recherche-action coopérative, une voie contributive aux productions de la société civile ? *Actes Du Colloque "Chercheur.e.s et Acteur.e.s de La Participation : Liaisons Dangereuses et Relations Fructueuses,"* 1–15.
- Stanton, A. H., & Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital : A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. Basic Books.
- Strazdins, L. M. (2000). Integrating Emotions : Multiple Role Measurement of Emotional Work. *Australian Journal of Psychology*, 52(1), 41–50.
- Strohm Kitchener, K. (1992). Psychologist as Teacher and Mentor : Affirming Ethical Values Throughout the Curriculum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(3), 190–195.
- Süskind, P. (1997). *Un combat et autres récits*. Livres de Poche.
- Tafferant, N. (2019). La proximité confuse des semblables. *Influxus*, 5, 1–9.
<http://www.influxus.eu/article99>
- Thibaud, J. (2002). L'horizon des ambiances urbaines. *Communications*, 73, 185–201.
- Thibaud, J. (2014). Petite histoire de la notion d'ambiance - A short history of the notion of ambiance. *RUA [Online], Edição Especial-ISSN 1413-2109. Consultada no Portal Labeurb – Revista do Laboratório de Estudos Urbanos do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/rua/> Acesso em: 05 fev 2020.*
- Torrubia, H. (2002). *La psychothérapie institutionnelle par gros temps*. Lecques: Champ social éd.

- Tosquelles, F. (2006). *Éducation & psychothérapie institutionnelle*. Matrice. Première édition : 1984.
- Tourmen, C., & Mayen, P. (2007). Qu'est-ce que diriger? L'analyse de l'activité d'un directeur d'hôpital par la didactique professionnelle. *Congrès International AREF*, 1–11. http://aref2007.u-strasbg.fr/actes_pdf/AREF2007_Claire_TOURMEN_152.pdf
- Vasquez, A., & Oury, F. (1967). *Vers une pédagogie institutionnelle*. François Maspero.
- von Bueltingsloewen, I. (2008). Une étape dans la mise en question du modèle asilaire ? La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation. *Les Cahiers Du Centre Georges Canguilhem*, 1(2), 47–61. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-3-page-48.htm>
- Vince, R. (2019). Institutional Illogics : The Unconscious and Institutional Analysis. *Organization Studies*, 40(7), 953–973. <https://doi.org/10.1177/0170840618765866>
- Voronov, M. (2014). Toward a toolkit for emotionalizing institutional theory. *Research on Emotion in Organizations*, 10, 167–196. <https://doi.org/10.1108/S1746-979120140000010015>
- Voronov, M., & Weber, K. (2020). People, Actors, and the Humanizing of Institutional Theory. *Journal of Management Studies*, 57(4), 873–884. <https://doi.org/10.1111/joms.12559>
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard.
- Zachary, L. J. (2002). The Role of Teacher as Mentor. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 93, 27–38.
- Zahavi, D. (2001). Beyond empathy. Phenomenological approaches to intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5–7), 151–167. <https://doi.org/10.1177/0959354399094002>
- Zahavi, D. (2015). Intentionnalité et phénoménalité: Un regard phénoménologique sur le «problème difficile». *Philosophie*, 124(1), 80–104. <https://doi.org/10.3917/phil.124.0080>

Annexe 1 : Méthodologie de la recherche-action menée au CHU de Clermont-Ferrand (2018-2019).

Note de l'autrice : Je restitue ci-dessous, telle quelle, la section méthodologique du rapport rendu à la Direction Générale du CHU de Clermont-Ferrand à mon départ, en septembre 2018. Si l'ensemble des tribulations qu'elle dessine ne me paraissaient pas avoir leur place dans le corps de ce travail d'H.D.R. – j'ai opéré un choix quant à ce que je souhaitais développer qui laissait nécessairement certains éléments de côté -, mes réflexions d'alors permettront à mes lecteurs de plonger dans la construction progressive de ma conception de la recherche-action, et avec elle de ma façon de travailler en tant que chercheuse de terrain en psychologie. Ainsi que j'ai pu l'écrire dans ma proposition méthodologique, je vois toutefois à présent des zones de porosité intéressantes entre plusieurs méthodologies immersives émergeant à des traditions initialement distinctes, comme l'enquête de terrain et la recherche-action. La démarche d'apprentissage par l'expérience de la recherche-action et de sa restitution, qui est ici présentée, m'apparaît donc non comme un point d'orgue témoignant de ma maîtrise méthodologique des canons de ce type d'approche scientifique, mais plutôt comme une étape vers une expertise méthodologique tirant parti des zones floues, des zones de transition entre grands types méthodologiques, et revenant au cadre interne du chercheur comme boussole essentielle.

///

I. La méthodologie telle qu'elle a été pensée

« Comment puis-je savoir que la nourriture est bonne ou pas ? On fait un questionnaire, ou on regarde le contenu des plateaux ? » (GM1601PU)

A. Cadre conceptuel : la recherche-action coopérative

La démarche pour laquelle nous avons opté s'inspire d'une méthodologie en sciences humaines et sociales dite de « recherche-action coopérative » (Allard-Poesi & Perret, 2003; Bonny, 2017; Felix, Merminod, & Defelix, 2009; Labbé & Courtois, 2017; Souchard & Bonny, 2015), dans laquelle les personnes participant à la recherche renseignent et guident le chercheur dans un dialogue permanent, tout au long de sa présence dans l'organisation avec laquelle il travaille. Cette méthodologie permet entre autres de se prémunir des difficultés habituellement liées à la remontée des informations de terrain, telles que nous les ont présentées certains professionnels (« *ça tue l'information, ça met 100 ans à monter et à descendre* », HE2606IM).

L'acception française de la coopération insiste sur la variété des contributions des participants (acteurs de terrain et chercheurs), tous sujets et objets de l'étude, dans des proportions différenciées et à partir de leurs compétences spécifiques. Bien que la recherche-action coopérative ait une valeur sociale de capacitation des acteurs professionnels, son rattachement à la recherche la dégage d'un militantisme bloquant la génération de nouvelles connaissances (Reason, 1996), au profit d'une réflexion poussée sur les jeux de rôles entre acteurs et groupes sociaux sur le terrain. Cette modalité de recherche-action se révèle donc particulièrement intéressante pour « l'exploration de nouvelles formes organisationnelles » (Felix et al., 2009).

La particularité de notre méthodologie consiste en effet à concevoir que la coopération, c'est-à-dire la conjonction d'actions en vue d'un même but, permet aux acteurs d'articuler leurs implications de façon partenariale tout en ne mélangeant pas leurs identités professionnelles (Bonny, 2017). Schématiquement, on peut dire que la recherche-action coopérative se fait à partir d'une répartition des expertises selon qu'elles concernent plutôt la méthodologie ou la thématique-problème - le chercheur possédant la première, les acteurs de terrain la seconde. C'est cette conjonction des expertises qui permettra d'aboutir à une « réflexion augmentée » (Souchard & Bonny, 2015) sur le problème qui se pose.

La recherche-action coopérative est tout particulièrement pertinente en psychologie (Reason, 2007), notamment lorsqu'il est question de savoir quel(s) sens les acteurs donnent à leurs propres pratiques et aux phénomènes émotionnels qui les traversent dans un but transformationnel. Elle est donc fort proche, dans sa démarche, du paradigme clinique en psychologie qui considère les phénomènes apparents comme des symptômes et se propose d'accompagner le sujet qui souffre dans la découverte du sens que ces symptômes prennent pour lui.

Evaluation de la validité des résultats

La méthode que nous avons choisie fait partie des méthodologies de recherche dites « qualitatives », ce qui explique l'usage de verbatims et l'absence de quantification par le biais de statistiques dans le présent document. Plus encore, notre démarche s'est reposée sur une épistémologie qualifiée de « constructiviste », qui considère qu'à un savoir supposé « objectif » et neutre qui n'attendrait que d'être découvert quel que soit le chercheur, on peut

préférer dans certaines disciplines et pour certains types de recherches la conception d'un savoir situé, construit par les acteurs de terrain, fondamentalement local et influencé par la subjectivité du chercheur. Ce choix épistémologique caractéristique d'une partie des sciences humaines nous est apparu nécessaire à la compréhension des situations et des obstacles des professionnels, qui importait plus pour le présent rapport que la quantification de leur activité ou de leur mal-être.

De ce fait toutefois, la recherche-action coopérative, à l'instar de la recherche-action en général, peut inquiéter par son manque apparent de critères de validité, surtout dans un milieu hospitalier où travaillent quantités de professionnels aguerris à la recherche et aux critères de qualité des revues scientifiques internationales (« *Qui fait le diagnostic et les thèmes ? Comment être sûr que ces thèmes sont suffisants ? Qui me dit que vos priorisations sont celles qui sont dans les entretiens ?* » GM1212RU-2). Si les travaux menés au moyen de recherches-actions coopératives admettent que l'interprétation que le chercheur fait des données est subjective, il est en effet nécessaire de se poser la question 1°) de la validité scientifique de la méthode, 2°) de la validité intrinsèque des thèmes retenus.

L'aspect méthodologique de notre travail a fait l'objet de tests de validité externe, auprès de populations de chercheurs et de professionnels hospitaliers. Nous avons régulièrement (et de façon anonymisée) présenté notre démarche dans des colloques et des séminaires, auprès de collègues eux aussi engagés dans des démarches de recherche-action. Nous avons également présenté notre travail, cette fois sans anonymiser notre établissement d'appartenance, lors de colloques professionnels destinés à des directeurs d'hôpitaux, et avons entamé une supervision de notre travail auprès d'un directeur d'hôpital formé en coaching. Les retours scientifiques et professionnels qui nous étaient faits dans ces espaces ont enrichi notre démarche et la compréhension de notre propre positionnement tout au long de notre présence au CHU.

La validité intrinsèque des thèmes que nous avons dégagés de notre matériel, qui ont effectivement été déterminés par notre propre interprétation, a fait l'objet de tests en interne et d'une attention toute particulière concernant la traçabilité du processus :

- Des présentations ont régulièrement été faites dans les instances pertinentes (CTE/CHSCT),
- Les entretiens étaient utilisés pour tester nos hypothèses de travail et nuancer notre vision en demandant aux professionnels eux-mêmes ce qu'ils en pensaient,
- Chaque réunion de groupe que nous conduisions pendant notre phase de terrain faisait l'objet d'un compte-rendu envoyé à toutes les parties pour relecture et correction.

L'absence d'une équipe de recherche pour gérer et piloter la compréhension des données a été compensée par la création de commissions thématiques indépendantes qui, en se tenant de mars à juin, ont joué le rôle d'instances de validation ou d'infirmité de nos hypothèses. En effet, une à deux séances de chaque commission thématique ont été consacrées à la lecture critique du plan du document tel que construit à partir des entretiens individuels et groupaux, afin de confronter les résultats du recueil à la réalité des ressentis. Les professionnels membres de ces commissions, tous grades et métiers confondus, ont donc pu consulter une architecture de document intermédiaire (préalablement validée par le DG et le DRH), et réellement influencer sur la suite de la rédaction. Les comptes-rendus des séances de ces commissions ont été publiés sur l'intranet afin de satisfaire à l'impératif de transparence de la démarche.

B. La mise en place concrète

La conduite de cette recherche-action coopérative a été coordonnée par nous, avec l'aval régulier du Directeur des Ressources Humaines et du Directeur Général et sur la base de points systématiques pour faire état des remontées du terrain. Des échanges ponctuels ont également été organisés avec les directions partenaires de l'appel à volontaires pour les commissions thématiques (DAM et CGSI).

Afin de s'assurer au démarrage de l'assentiment des partenaires sociaux et de l'ensemble de l'équipe de direction, la méthodologie a par ailleurs été présentée en amont aux principales organisations syndicales, puis devant l'ensemble des instances représentatives du CHU (comité de direction, CME, CTE, CHSCT commun) ainsi qu'aux directrices de site et au PCME en entretiens individuels. Elle a dans un deuxième temps été présentée en réunions de pôles et en réunions de corps professionnels (cadres, cadres supérieurs).

Les diagnostics ayant déjà été faits auparavant, la démarche s'est concentrée sur la construction d'un rapport préliminaire, d'une note le synthétisant et d'un plan détaillé des actions possibles par agrégation des points de vue et répertoriage des projets déjà en cours. Les modalités de ce recueil, destinées à maximiser la participation des personnels, ont été au nombre de quatre, de natures différentes :

- Des entretiens individuels afin de comprendre les enjeux liés à certaines catégories professionnelles au CHU, notamment les médecins, et des entretiens groupaux avec les équipes volontaires, tous services confondus (soignants, administratifs, logistiques et techniques), sur des temps formels (réunions) ou informels (repas, cafés)
- Des moments dits d'immersion avec observations participantes et discussions sur le travail, consignés dans la tenue d'un journal de bord,
- Des groupes de travail interprofessionnels dits « commissions thématiques » pour lesquels un appel à participation co-signé DRH/DAM/DSI a été lancé fin janvier. Ils se sont réunis pendant cinq séances entre mars et juin. L'animation a été confiée à deux professionnelles du CHU volontaires et compétentes en matière d'animation de groupes, Simone Poulet-Garcia et Isabelle Manet-Nicolas, ainsi qu'à nous-même,
- La création d'une « boîte à idées » numérique accessible sur l'intranet.

La participation à n'importe laquelle de ces modalités de recueil des opinions et des idées a toujours été libre et volontaire : dans l'idée, tout professionnel du CHU pouvait s'il le souhaitait nous envoyer un mail, nous proposer un entretien voire une immersion dans son service.

En pratique, il a été conjointement décidé que l'encadrement de chaque échelon - direction, pôle, service - devait avoir été rencontré et avoir donné son aval avant de conduire des entretiens avec l'échelon suivant. L'effet boule de neige a ensuite été utilisé lors de chaque rencontre à partir d'une même question : « *qui faudrait-il maintenant rencontrer pour poursuivre la démarche ?* ». L'importante marge de manœuvre dont nous avons bénéficié a permis de ne pas biaiser le recueil de matériel et de constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la diversité des métiers hospitaliers et des opinions sur le projet social à venir.

Après avoir, à mi-parcours (décembre/janvier) compilé les données issues de la première vague de ce recueil multimodal impliqué par la démarche coopérative, nous avons présenté aux commissions thématiques un plan détaillé des actions possibles, une « architecture » du projet social, pour solliciter leur lecture critique et des échanges supplémentaires sur les thématiques centrales qui apparaissaient dans nos entretiens. Ce document, remanié à de nombreuses reprises, répertorie plus de 50* actions en cours ou à réaliser, toutes mentionnées par les professionnels directement concernés ou responsables afin de garantir leur faisabilité. Elles se répartissent en cinq grands thèmes : attractivité et appartenance au CHU ; carrières, mobilités et évolutions professionnelles ; relations sociales et management ; amélioration des conditions de travail ; équilibre des rythmes de travail, qui seront aussi les thématiques retenues pour la présentation du présent rapport.

La suite des entretiens individuels et groupaux a eu lieu jusqu'à la mi-juillet pour nouvelle compilation, analyse du matériel et écriture durant l'été. Les entretiens individuels (en binôme voire trinôme dans quelques rares cas) ont été au nombre de 83, pour un total de 97 personnes rencontrées dans ce cadre. Les plus courts de ces entretiens ont duré une demi-heure, les plus longs deux à trois heures, pour une moyenne d'environ une heure et demie. Les entretiens de groupe et immersions sont quant à eux au nombre de 26. Si les entretiens de groupe pouvaient réunir de 5 à 15 personnes environ, les immersions nous ont parfois fait rencontrer plus d'une trentaine de personnels dans la même journée. Afin de garantir autant que possible une certaine diversité de l'échantillonnage, nous avons rencontré des personnels provenant des secteurs soignant, logistique et technique et administratif sur les quatre sites (nous comptons dans ce calcul celui de la blanchisserie à Cébazat) ; le principe de libre-participation ayant toutefois des limites, certains sites, disciplines et corps professionnels seront plus représentés que d'autres. Lorsque des biais de cette nature nous sembleront à l'œuvre, nous ne manquerons pas de le signaler dans le corps de texte et d'en expliquer les effets potentiels sur nos conclusions. La démarche aura au total recueilli les apports de plus de 350 personnels de l'hôpital, tous services, grades et corps professionnels confondus, soit plus de 5% de sa masse salariale.

Une cinquantaine de personnes avait demandé à s'inscrire dans l'une des commissions thématiques, et quarante d'entre eux sont régulièrement venus aux réunions, avec des retours très positifs dans l'ensemble une fois écoulées les cinq rencontres de chaque commission. Chaque commission s'est réunie une quinzaine d'heures au total, et nous considérons leurs comptes-rendus comme faisant partie intégrante de notre matériel de recherche (ils ont donc été analysés au même titre que nos verbatims d'entretiens). Une participante a comparé, en dernière séance de la commission que nous animions, l'existence de ces groupes au projet social lui-même :

*« ce qu'on a dit tout à l'heure c'est que ce groupe très hétérogène c'est un petit projet social en lui-même, ça ouvre à l'altérité de discuter avec des gens qui ne sont pas de la même fonction que soi, et on a proposé peut être d'institutionnaliser le fait d'avoir sur des projets comme ça systématiquement des groupes de travail qui mettent toutes les parties prenantes autour de la table, ce qui ne se fait pas aujourd'hui ou pas ou peu »
(compte-rendu de commission CT30706S5)*

Les commissions thématiques avaient en effet pour but principal était de produire des échanges, mais se sont révélées avoir une vie propre et sont devenues au fil des mois une plateforme importante de présentation de projets nouveaux de la part de personnels du CHU non-membres : directrices responsables du fonds de dotation, pôle communication venant expliquer sa stratégie, services du CHU, associations extérieures... Nous tenons ainsi à faire valoir que les conclusions des trois groupes sont indépendantes du présent rapport et ont précisément pour vocation de fournir à la direction un matériel provenant du terrain sans être passé par l'inévitable tamis de notre subjectivité. A ce titre, un temps de restitution au Directeur Général ainsi qu'aux membres de l'équipe de direction du travail des commissions thématiques est prévu le lundi 9 septembre 2019, et ce sans concertation préalable sur le processus de rédaction du présent rapport afin de garantir, le cas échéant, l'objectivité des convergences entre ces deux modalités d'interrogation des personnels.

II. La méthodologie telle qu'elle a été perçue

A. Venir vers les services : une approche surprenante

Avant de nous appesantir sur les réticences liées à notre démarche, qui nous semblent dire autant des limites possibles de la méthodologie adoptée que des appréhensions des acteurs vis-à-vis de l'établissement ou encore de la peur des effets de la parole, il nous paraît important de restituer ce qui semblait pour les agents être le principal point positif de notre choix méthodologique, à savoir le fait de se rendre dans les services - ce que nous présentions comme un « aller vers » les professionnels :

« Venir dans les services c'est une bonne idée. La parole est plus libérée si on va dans les services que si on va en réunion » (GM1402RU)

« Je suis très naïve : vous « allez vers » et que leur dites-vous : « que devrait-il figurer dans le projet social ? [...] » (GM1212RU)

« Ce qui va bien, on ne le dit pas assez » (HE2711RU)

« Aller demander leur avis aux gens ça compte, il y a des initiatives qui se prennent sur le terrain » (HE0811D)

Plusieurs professionnels ont verbalisé leur appréciation et parfois leur surprise à l'idée que nous souhaitions les rencontrer sur leur lieu d'exercice. La symbolique du déplacement de la direction vers ses agents que nous incarnions ce faisant a fait mouche ; cela a sans aucun doute contribué à une perception plutôt positive du recueil de terrain que nous avons proposé.

Il est toutefois à noter qu'une initiative de ce genre n'est ni la seule, ni la première, car des personnels de la DRH s'étaient déjà rendus dans les services à l'occasion d'expertises

CHSCT par exemple. Ce que les retours positifs que nous avons entendus indiquent, c'est qu'outre son caractère qualitatif permettant de récolter des données plus fines que l'administration de questions fermées, cette méthode, certes plus chronophage que les questionnaires, fait partie de la palette des outils possibles pour restaurer la confiance entre l'établissement et ses agents. Le fait d'ouvrir des espaces de parole à l'intérieur des services a toutefois lui aussi ses limites, que nous ont pointé certains agents en insistant sur une possible auto-restriction de la parole dans un tel cadre :

« Mais vous voulez vraiment que les soignantes qui gèrent l'urgence parlent de l'hôpital à l'hôpital ? » (GM0602I)

« Ce que je trouve délicat dans la méthode, c'est que vous prenez les gens sur le lieu de travail » (GM1212RU)

« Il ne faut pas arriver comme un cheveu sur la soupe si on veut que les gens adhèrent » (GM0712RU)

B. Un effet « grand débat » ?

Notre arrivée au CHU ne se faisait par ailleurs pas dans un contexte neutre : on nous a à plusieurs reprises rappelé les multiples travaux de diagnostic sur les risques psychosociaux qui avaient été conduits, tant par des cabinets de conseil qu'en interne. La démarche était ainsi appréhendée, dans ses débuts, comme une redite de travaux antérieurs, probablement partiellement du fait qu'elle était perçue comme ayant pour objet la qualité de vie au travail et les risques psychosociaux :

*« Tout ce qu'on peut dire sur la QVT c'est ce qui est déjà connu »
(GM1311OS)*

« à l'hôpital on est les rois pour refaire ce qui existe déjà » (GM0901RU)

*« Il y en a beaucoup des rapports, des livres blancs. On a l'impression que c'est beaucoup comme ça, on met en place des projets mais ça ne va jamais au bout. C'est de l'investissement de réfléchir, proposer et de s'engager »
(GM1001C)*

Plus encore, loin d'avoir conquis l'ensemble des personnels, l'annonce de la méthode, proposée au Directeur des Ressources Humaines et au Directeur Général dès l'été 2018, a eu le malheur de tomber en plein milieu du Grand Débat proposé par le Président de la République. Plusieurs commentaires nous ont été faits en ce sens, qui voyaient nos propositions de déplacement dans les services d'un œil quelque peu suspicieux (ainsi nous a-t-on expliqué que nous risquions d'être reçue comme « une espèce de suspicion d'œil de Moscou arrivant sur le service », GM0712RU) et l'ouverture d'espaces de parole au long cours comme un facteur de désordre dans les services :

« Je ne sais pas comment on peut faire, mais la démarche participative des gens qui en ont ras le bol pose problème car les gens considèrent qu'ils ne sont pas écoutés [...] derrière il faut la gérer cette frustration créée par les entretiens » (HE2305POL)

« il ne faut pas que ce soit le grand bazar » (GM1303SER)

Si l'un de nos comptes-rendus a effectivement généré de francs désaccords (ce qui n'était pas intentionnel de notre part) lorsque nous sommes partie en immersion à la blanchisserie du CHU, nous n'avons en revanche jamais eu de retour, après notre passage dans un service, d'un sentiment de frustration que les médecins chefs et cadres auraient dû endiguer. Par conséquent, nous sommes tentée d'interpréter le sentiment de redite et les mises en garde qui nous ont été faites - et qui pour certaines se sont muées en refus de participation -, comme des expressions d'une méfiance envers l'institution qui a trouvé, avec la démarche que nous menions, un objet-médiateur apte à se faire le réceptacle d'un ressentiment plus ancien envers l'établissement.

C. Ouvrir des espaces de parole, pour quoi faire ?

Nous comptons traiter du problème de la méfiance dans un chapitre à part, mais il nous faut dès à présent restituer les dires des professionnels que nous avons rencontrés et qui nous ont mise sur cette piste. C'est en effet dans un premier temps nos intentions et celles du projet social qui en étaient auréolées : alors même que la méthode choisie était plébiscitée, le doute s'installait toujours, avant comme après nos entretiens, sur ce que l'établissement déciderait de faire des résultats. Cela tenait, à entendre les professionnels, aux précédentes enquêtes qui n'avaient pas donné lieu aux changements escomptés, ou encore aux multiples projets dans lesquels ceux-ci s'étaient engagés au fil des années et qui n'avaient pas non plus abouti :

« si c'est faire un projet social pour faire un projet social parce qu'il répond à la réglementation, on peut le faire, pour autant si on ne se définit pas des actions à conduire avec des résultats on n'y arrivera jamais [...] » (HE1312RU)

« C'est [dans un service] que les agents étaient dégoûtés : « si c'est pour que ça se passe comme SECAFI on ne va pas perdre de temps en réunion si derrière il n'y a rien ». Il y a l'envie de participer pour faire bouger les choses mais il n'y a rien qui va changer donc on n'a pas le temps » (LM0702C)

« La mise en œuvre du projet social, rentrer dans un tel niveau de détail ne sert à rien s'il n'y a pas de marge de manœuvre » (GM0301PU)

La deuxième commission thématique portant sur l'amélioration des conditions de travail et la lutte contre les risques psychosociaux s'est plus particulièrement fait la messagère de ces doutes sur l'utilité et le sens de la démarche, tout au long de ses cinq réunions :

« Tout le groupe a apprécié d'être sollicité à participer à ces commissions mais reste sceptique quant à la mise en place d'actions concrètes qui en découleraient » (compte-rendu CT20703S1)

« Les membres du groupe estiment que si les orientations, demandées par eux « professionnels du terrain », n'apparaissent pas dans le projet social, dans des paragraphes uniquement consacrés aux agents hospitaliers (et non médecins et étudiants), ils considéreraient qu'une fois plus, ils n'ont pas été écoutés et que ces commissions n'auraient servi à rien » (compte-rendu CT22305S4)

C'est ainsi avec une certaine humilité que nous présentons les résultats de notre recherche, consciente que parmi les réactions à la démarche, certaines concernaient effectivement la méthode choisie et notre présence dans l'établissement, tandis que d'autres s'adressaient à l'institution dans son ensemble. Nous espérons que les pages à venir offriront des éclairages différents des précédents travaux menés au CHU et que tant les professionnels avec qui nous nous sommes entretenue que ceux que nous n'avons pas rencontrés pourront, à quelque endroit, se reconnaître dans cette photographie en exposition longue.

Index des notions

- abduction, 69
- aliénation, 23, 28, 29, 39, 40, 46, 53, 54, 55, 80, 89, 93, 104, 106, 119, 169, 173, 228
- aliénation sociale, 28, 29, 46, 53, 54, 55, 80, 173, 181
- ambiance, 7, 15, 27, 37, 95, 107, 124, 147, 150, 152, 153, 154, 156, 165, 167, 169, 170, 171, 180, 182, 197, 200, 207, 208, 218, 228
- analyse institutionnelle, 86
- apprentissage par l'expérience, 8, 69, 119, 129, 130, 144, 170, 178, 179, 190, 199, 211
- champ, 7, 12, 17, 24, 25, 28, 30, 40, 42, 45, 47, 48, 52, 56, 58, 61, 67, 73, 74, 78, 79, 80, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 121, 123, 127, 129, 138, 139, 142, 145, 148, 149, 156, 157, 161, 165, 166, 179, 182, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 213, 217, 228
- clinique organisationnelle, 7, 27, 29, 30, 85, 105, 106, 107, 110, 117, 119, 124, 144, 145, 148, 156, 157, 169, 195, 197, 201, 203, 228
- contre-transfert, 81, 113, 124
- défenses sociales, 111, 113, 198
- démarche clinique, 131, 132, 147, 152, 187, 216
- désaliénation, 28, 55, 86, 103, 104, 111, 145, 152, 180, 181, 204, 205, 228
- désinstitutionnalisation, 41, 88
- enquête, 13, 15, 23, 30, 57, 58, 60, 69, 70, 75, 78, 120, 122, 123, 125, 130, 131, 136, 138, 187, 196, 206, 207, 209, 210, 215, 228
- enquête de terrain, 23, 58, 61, 70, 120, 122, 123, 130, 187, 206, 207, 228
- entretiens, 12, 34, 35, 58, 61, 66, 67, 68, 77, 128, 131, 132, 143, 201
- établissement, 14, 38, 46, 47, 53, 74, 75, 81, 89, 90, 96, 98, 99, 100, 105, 106, 107, 112, 135, 137, 138, 150, 153, 154, 157, 160, 161, 164, 167, 170, 177, 178, 179, 197
- expérience, 7, 11, 15, 16, 17, 22, 29, 50, 64, 69, 70, 77, 96, 119, 125, 126, 128, 129, 130, 133, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 164, 176, 178, 191, 193, 207, 211
- fantasmes, 23, 55, 57, 81, 104, 114, 117, 170, 173, 182, 204, 205
- focus groups*, 35, 76, 121, 122, 131, 140
- fonction-alpha, 190
- gouvernance, 29, 30, 31, 45, 57, 72, 75, 77, 79, 82, 84, 98, 105, 108, 118, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 190, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 212, 228
- groupes, 14, 15, 23, 27, 29, 30, 35, 49, 54, 55, 69, 70, 71, 77, 82, 94, 96, 97, 98, 103, 104, 109, 111, 112, 118, 121, 122, 138, 148, 171, 172, 175, 188, 189, 195, 197, 198, 200, 201, 204, 205, 206, 207, 208, 211, 228
- hiérarchie, 46, 47, 50, 51, 53, 55, 89, 158
- identification, 97, 125, 133, 138, 139, 140, 141, 142, 158, 190, 198
- identifications croisées, 7, 119, 120, 130, 132, 133, 134, 139, 141, 142, 144, 187, 196, 201, 228
- instituant, 41, 43, 85, 117
- institué, 11, 23, 41, 43, 85, 98, 155, 202
- institution, 11, 13, 14, 18, 20, 25, 33, 38, 39, 40, 44, 46, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 66, 74, 84, 85, 86, 89, 90, 93, 94, 97, 99, 101, 104, 106, 107, 109, 113, 124, 125, 126, 144, 148, 161, 163, 177, 180, 197, 212, 214, 228
- institution-in-the-mind, 113, 177
- institutionnalisation, 40
- institutionnel *Voir* Institution
- institutions, 15, 17, 23, 30, 37, 39, 42, 43, 45, 53, 55, 83, 85, 89, 92, 93, 97, 98, 99, 102, 103, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 124, 144, 146, 153, 172, 187, 188, 196, 197, 198, 201, 203, 205, 207, 211, 214, 215, 228, 229
- leadership, 29, 99, 116, 146, 147, 151, 166, 204, 212, 229
- manager*, 80, 81, 148, 178

méthodologies de la proximité, 7, 30, 119, 120, 126, 129, 131, 132, 133, 141, 142, 196

objet interne, 113, 114

observations *in situ*, 12, 35, 131

organisation, 20, 23, 25, 27, 28, 31, 36, 37, 42, 45, 47, 50, 53, 55, 71, 72, 74, 76, 78, 83, 84, 85, 86, 89, 93, 94, 95, 99, 100, 102, 104, 106, 107, 109, 110, 112, 115, 119, 122, 126, 148, 151, 152, 157, 159, 162, 163, 171, 175, 178, 180, 181, 193, 195, 204, 228

organisations, 7, 25, 26, 27, 28, 30, 44, 54, 71, 81, 83, 84, 85, 88, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 100, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 115, 116, 118, 144, 146, 147, 148, 152, 153, 156, 160, 162, 168, 181, 196, 197, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 213, 216, 228

P.I. Voir Psychothérapie institutionnelle

pathoplastie, 40, 41, 43, 118, 170, 181

phénomènes de gouvernance, 20, 147, 156, 187, 199, 203

phénoménologie, 37, 42, 142, 219

politique, 11, 18, 23, 25, 28, 42, 43, 44, 54, 77, 78, 79, 80, 85, 88, 93, 95, 96, 97, 100, 103, 104, 112, 116, 126, 128, 155, 156, 174, 211, 213

psychanalyse, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 27, 28, 30, 47, 63, 65, 84, 85, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 104, 109, 110, 111, 116, 118, 131, 133, 137, 147, 149, 168, 169, 171, 184, 191, 195, 198, 201, 206, 208, 210, 213, 216, 228

psychanalyse des groupes, 111

psychiatrie, 10, 15, 24, 28, 32, 37, 38, 42, 49, 68, 72, 74, 87, 91, 93, 94, 99, 100, 101, 104, 108, 121, 179, 191, 211

psychodynamique des systèmes, 27, 56, 90, 92, 93, 98, 102, 111, 112, 149, 195, 198, 228

psychologie clinique, 15, 22, 23, 25, 27, 31, 38, 61, 84, 115, 121, 131, 132, 139, 143, 147, 148, 152, 153, 156, 186, 187, 189, 195, 197, 201, 203, 205, 209, 211, 212, 228

psychosociologie, 14, 41, 91, 92, 93, 94, 99, 102, 107, 111, 195, 201, 208, 228

psychothérapie institutionnelle, 5, 10, 12, 16, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 37, 38, 41, 42, 44, 49, 50, 51, 55, 56, 71, 74, 75, 80, 81, 84, 86, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 124, 144, 145, 148, 149, 154, 157, 158, 163, 169, 172, 174, 179, 191, 195, 198, 203, 204, 205, 214, 228

recherche-action, 14, 18, 23, 61, 66, 67, 70, 84, 120, 123, 124, 126, 139, 163, 187, 211, 218

sciences de gestion, 10, 14, 18, 23, 25, 26, 29, 34, 57, 65, 84, 85, 91, 94, 102, 110, 118, 131, 147, 148, 149, 150, 156, 187, 195, 196, 201, 203, 228

sociologie, 10, 11, 23, 25, 27, 34, 35, 39, 43, 57, 58, 63, 64, 66, 68, 72, 73, 79, 80, 89, 92, 93, 94, 95, 102, 110, 127, 129, 156, 160, 171, 201, 202, 207, 208, 214, 228

transfert, 12, 47, 53, 62, 81, 116, 124, 133, 179, 195

travail émotionnel, 29, 80, 81, 104, 125, 140, 165, 170, 171

Résumé

Les travaux scientifiques à l'international en psychologie, en sociologie et en sciences de gestion imposent aux cliniciens institutionnalistes la prise en compte de la dimension organisationnelle des établissements de santé, avec à la clé de nouvelles questions de recherche.

A partir d'un ancrage dans le courant de la psychothérapie institutionnelle (P.I.), ce manuscrit témoigne du tournant de mon travail vers l'institution puis l'organisation pour elles-mêmes, dans une approche complémentaire à celle des sciences de gestion orientées par la psychanalyse. J'y fais trois propositions :

- j'argumente que plusieurs courants de traditions différentes (P.I., psychanalyse des groupes, psychosociologie, psychodynamique des systèmes) mais usant des concepts analytiques se retrouvent dans le champ de la « clinique organisationnelle »,
- je définis à partir de ma pratique de recherche de terrain de reconnaître un style d'enquête ethnographique spécifique, qui en tant que « méthodologie de la proximité » utilise les identifications croisées avec les populations de recherche comme un levier de la quête de profondeur, de justesse et de sensibilité de ses résultats,
- j'avance dans un troisième temps que la délimitation d'un champ imposant de croiser des courants différents et l'usage d'une méthodologie clinique d'enquête de terrain permettent au chercheur d'investiguer autrement les phénomènes de gouvernance et leurs effets d'aliénation ou de désaliénation dans les structures de soins notamment. J'introduis la distinction d'objets de la gouvernance et un mode de « gouvernance clinique » comme l'une des formalisations rendues possibles par cette approche dont mon H.D.R. défend l'existence et la nécessité.

Faire le pari d'étudier la vie des organisations afin de mieux les soigner poursuit le travail conceptuel de la psychothérapie institutionnelle tout en ouvrant des voies de recherche et de pratique contemporaines, interdisciplinaires et internationales. Celles-ci sont essentielles à l'advenue de la psychologie clinique comme discipline pouvant s'intéresser aux organisations, et des psychologues cliniciens comme pouvant participer, potentiellement depuis des fonctions de direction, au travail d'assainissement permanent de l'ambiance qu'elles nécessitent.

Mots-clés : institutions ; organisations ; psychanalyse ; gouvernance ; clinique organisationnelle.

Summary

International research in psychology, sociology, and management sciences requires clinicians who study institutions to consider the organizational dimension of healthcare structures, leading to new research questions. Grounded in the tradition of institutional psychotherapy (I.P.), this manuscript reflects the shift in my work towards focusing on institutions and organizations for their own sake, in a complementary approach to psychoanalytically-oriented management science. I thus make three proposals:

- I argue that several traditions from different schools of thought using psychoanalytic concepts (I.P., group psychoanalysis, psychosociology, systems psychodynamics) converge within the field of "organizational clinic,"
- Based on my field research practice, I define a specific style of ethnographic inquiry which, as a "methodology of proximity," uses cross-identifications with research populations as a lever to enhance the depth, accuracy, and sensitivity of its findings,
- I further propose that these two previous steps allow researchers to explore governance phenomena and their effects in terms of alienation or disalienation within healthcare structures in a new way. I hence characterize "objects of governance" and introduce a form of "clinical governance" as one of the phenomena this approach, which my Habilitation thesis defends as both existing and necessary, helps describing.

My commitment to studying the internal life of organizations in order to better care for them continues the conceptual work of institutional psychotherapy while opening up contemporary, interdisciplinary, and international avenues of research and practice. These are essential for the development of clinical psychology as a discipline capable of engaging with organizations, and for clinical psychologists to potentially contribute to the permanent work it takes to detoxify their atmosphere, including by assuming leadership roles.

Keywords: institutions ; organizations ; psychoanalysis ; governance ; organizational clinic.