



Raymond Panchaud

Pratiques cliniques en psychiatrie et pratiques de gestion, cliniques interstitielles d'une psychiatrie dissidente

PANCHAUD Raymond. *Pratiques cliniques en psychiatrie et pratiques de gestion, cliniques interstitielles d'une psychiatrie dissidente*, sous la direction de Pascal Christophe. - Lyon : Université Jean Moulin (Lyon 3), 2018.
Disponible sur : <http://www.theses.fr/2018LYSE3059>



Document diffusé sous le contrat Creative Commons « Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



N° d'ordre NNT : 2018LYSE3059

THÈSE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de
l'Université Jean Moulin Lyon 3

École Doctorale N°486

Sciences Economiques et de Gestion

Discipline de doctorat :

Sciences de gestion

Soutenue publiquement le 19 novembre 2018 par :

Raymond PANCHAUD

Pratiques cliniques en psychiatrie et pratiques de gestion

Cliniques interstitielles d'une psychiatrie dissidente

Devant le jury composé de :

PASCAL Christophe, Maître de conférences HDR
Université Jean Moulin Lyon 3

Directeur

SCHMITT Christophe, Professeur des Universités
Université de Lorraine

Rapporteur

VOYNNET-FOURBOUL Catherine, Maître de conférences HDR
Université Paris II

Rapporteur

ANSERMET François, Professeur honoraire
Universités de Genève et de Lausanne

Examineur

CLAVERANNE Jean-Pierre, Professeur émérite des Universités
Université Jean Moulin Lyon 3

Examineur

ROUSSEAU Anne, Professeure
Université Catholique de Louvain

Examineur

L'Université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Mes remerciements vont à Monsieur Christophe Pascal, mon directeur de thèse, pour avoir assuré tout au long du chemin une direction, une présence, une disponibilité et une attention constantes, pertinentes et soutenantes qui nous ont amené bien au-delà du travail de recherche dans l'amitié qui en a découlé.

Mes remerciements vont également aux membres du jury dont la présence m'honore :

- Monsieur François Ansermet, Professeur honoraire des Universités de Genève et Lausanne, psychanalyste et pédopsychiatre ;
- Monsieur Jean Pierre Claveranne, Professeur des Universités en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, qui a su habilement me détourner de mon projet de congé sabbatique pour ce travail de thèse et qui m'a soutenu indéfectiblement dans ce long parcours avec intelligence, humour, bienveillance, et par la pertinence de ses remarques, de ses propositions ainsi que pour son amitié ;
- Madame Anne Rousseau, Professeure de Management Organisationnel et Humain, Université catholique de Louvain,
- Monsieur Christophe Schmitt, Professeur des Universités en sciences de gestion, Université de Lorraine ;
- Madame Catherine Voynnet-Fourboul, Maître de conférences en sciences de gestion, Université Paris II.

Je tiens également à remercier :

- Monsieur Jean Claude Monney, infirmier chef de la Fondation de Nant jusqu'en 1996, qui m'a fait l'honneur de sa confiance et qui a été moteur de cette recherche ;
- Le Comité de Direction de la Fondation de Nant en 2011, le Président Jean de Gautard, Le Vice-Président Claude Rey, le Directeur Général, Daniel Mayer, le Directeur des finances, Thierry Ruchet et la Directrice médicale, Dr Isabelle Gothuey qui m'ont octroyé une décharge de temps pour mener à bien cette recherche ;

- Messieurs Nicolas Guilhot et Jean-Baptiste Capgras, pour leur soutien, leur relecture attentive et leur amitié scellée dans de mémorables études qui ont contribué à finaliser cette recherche ;
- Madame Alice George, bibliothécaire de la Fondation, pour sa relecture rigoureuse et chaleureuse ;
- Ma famille qui m’a soutenu et supporté dans ce long périple ;
- Tous les autres « *amis que j’ai* », selon la formule de C. F. Ramuz, qui ont compté dans cette aventure.

Que chacun soit remercié pour sa contribution, que j’espère pouvoir honorer en retour dans les liens qui nous unissent.

A mon père

Sommaire

Introduction.....	1
Chapitre liminaire : de l'objet à la méthode.....	11
1. De la clinique psychiatrique à la gestion	12
2. Posture épistémologique et choix méthodologiques	25
3. Le matériau.....	41
1^{ère} partie De l'histoire de Nant à l'histoire de la psychiatrie, un jeu de miroirs.....	54
1. De la charité au modèle de soins, l'histoire singulière de Nant.....	57
2. Éléments historiques de la psychiatrie : du dedans au parcours de soins	135
3. Les échos de l'histoire : convergences et divergences.....	204
Conclusion de la première partie.....	236
2^{ème} partie de la structure à la physiologie	238
1. Lecture anamorphosique de la réalité de Nant.....	243
2. Les déterminants de la pérennité dans la littérature : Nant face à son avenir	283
3. Au centre du nœud gordien : l'homologie.....	341
Conclusion de la seconde partie	421
Conclusion : L'ombre des prédateurs.....	426
L'abandon de la philosophie des soins	431
La fin de l'homologie	433
La prédation financière	434
Un retour vers l'homme ?.....	436
Bibliographie.....	438
Table des illustrations	466
Table des matières	468

« Quelle est cette énigme, dans cet univers de catastrophe, de turbulence, de dispersion, et qui apparaît dans la catastrophe, la turbulence, la dispersion ? : L'organisation. »

Edgar Morin, 1977

Introduction

« En 1943, une bande « d'allumés¹ », confrontés à la folie de leurs proches et aux difficultés que connaissent les fous à cette époque, décide d'apporter une réponse à leurs difficultés en créant ce que l'on appellerait aujourd'hui une « start-up », fondée sur un nombre de valeurs liées à la personne.

Ils créent cette « start-up » au moment où la psychiatrie va connaître une mutation totale, faite d'affrontements théoriques et pratiques qui vont la conduire - changement de paradigme - en même temps de l'asile à l'appartement thérapeutique, et de la cure de la parole à la prescription médicamenteuse.

Le paradoxe de cette « start-up » en apparence vouée à l'échec est de survivre plus de 70 ans après sa création, en s'adaptant aux évolutions, mais en même temps, en s'accrochant à ses valeurs fondatrices contenues dans sa Charte, véritable constitution interne. »

Au-delà de la tonalité humoristique de cette présentation, l'institution dont il est question dans cette thèse – la Fondation de Nant - est pour beaucoup d'observateurs une énigme, liée à sa genèse, à sa survie dans les premières années, et à son développement pendant plus de 75 ans.

Des hommes et des femmes profondément chrétiens, confrontés à la maladie psychique de leurs proches, sans aucune connaissance médicale concernant la folie, décident – leur utopie étant peut-être elle-même le signe d'une certaine folie – de créer une maison d'accueil, et non un hôpital psychiatrique, pour ceux et celles que la vie quotidienne délaisse parce qu'ils sont en dehors de la norme.

La conviction qu'il existait, derrière cette pathologie apparente, d'autres langages, le plus souvent non verbaux, pour dialoguer avec eux dans un espace protégé, réunit les fondateurs. Ils appelleront cet espace « la maison Les Genévriers ». Le succès est immédiat, et ils décident de s'agrandir pour répondre à la demande.

Lacan dirait qu'il n'existe que ce qui se nomme. La maison créée par les fondateurs porte en son nom le contenu de ce qu'ils veulent faire : ni un asile, ni un hôpital psychiatrique,

¹ Nous nous permettons ce terme populaire, voire argotique, et polysémique qui qualifie une personne énergique, excitée par une activité dans laquelle elle a foi, en marge du commun des mortels. Il s'agit également d'un clin d'œil à la Pentecôte qui signe l'acquisition de la lumière du St Esprit pour les Apôtres sous forme de langue de feu sur leur tête.

mais un lieu où des hommes et des femmes aux compétences différentes vont se retrouver avec d'autres personnes quel que soit leur handicap, parce qu'elles sont comme eux les « enfants de Dieu » ; comme dans une maison, les gens qui y vivent appartiennent à une famille et cohabitent.

D'année en année, cette maison psychiatrique va se métamorphoser. Elle se professionnalise avec le recours à un psychiatre consultant, puis le deuxième fils des fondateurs, embauché en 1958 en tant qu'infirmier-chef, met en place un modèle de soins fondé sur les valeurs humanistes et une approche relationnelle. La médicalisation débute en même temps que l'arrivée de cet infirmier talentueux avec l'arrivée d'un premier médecin assistant (interne), puis avec le premier médecin chef au début des années soixante. Dès les années soixante-dix, le canton met en place la sectorisation psychiatrique et Nant prend le mandat d'hôpital psychiatrique de secteur. A la même période, alors que la psychiatrie scientifique commence à devenir triomphante, la référence à la psychanalyse, qui vient potentialiser l'approche humaniste des soins originelle, est affirmée, poursuivant ainsi le projet des fondateurs.

En 1985, sur proposition de la tutelle, la Fondation prend le mandat de secteur psychiatrique pour la région de l'Est vaudois, sur la base de ce projet clinique se référant à la psychanalyse et fondé sur les concepts de crise et continuité.

C'est ainsi que, dans un raccourci de plus d'un demi-siècle, on peut retrouver dans l'histoire de la Fondation de Nant des pans fondamentaux de l'histoire de la psychiatrie, autour de quelques éléments, tels que le rôle des soins et de l'accompagnement et aussi celui de l'écoute, mais aussi des points de divergence avec un courant dominant privilégiant le traitement des symptômes à celui des causes profondes.

Aujourd'hui, la Fondation est le seul établissement psychiatrique romand privé avec un mandat de santé publique, contrairement à d'autres établissements du même type qui ont fini par intégrer les services de l'État. Elle organise l'ensemble des soins psychiatriques publiques de l'Est vaudois, soit un bassin de 180 000 habitants. Ses services de soins sont ouverts à tous, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. Dotée d'un budget de plus de 40 millions de francs suisses, elle compte actuellement 300 postes équivalents plein-temps, soit plus de 400 collaborateurs, exerçant sur 9 sites différents. Elle accueille

chaque année plus de 1 000 patients en hospitalisation complète et assure plus de 80 000 consultations en ambulatoire.

De cette histoire résulte un positionnement institutionnel délibérément original, arc-bouté sur une philosophie des soins en marge des courants dominants de la psychiatrie, et qui nourrit et s'appuie en retour sur une interaction étroite entre pratiques cliniques et pratiques de gestion.

Ce positionnement peut présenter des difficultés, voire des dangers pour la poursuite de l'activité de la Fondation. Ces difficultés et dangers potentiels sont de deux ordres : ceux qui relèvent de l'interne, et ceux liées à l'environnement.

La philosophie des soins est essentielle car elle est la base sur laquelle se construisent les pratiques cliniques mais aussi celles de gestion. Il s'agit d'un tout qui s'équilibre dans une subtile dynamique et qui détermine l'identité de l'établissement. Cette philosophie des soins qui est un attracteur pour les soignants est aussi le signe d'une approche clinique en décalage avec les tendances dominantes d'une psychiatrie priorisant les symptômes et l'approche neuroscientifique. A l'heure où tout se mesure, où tout se « symptomatise », où l'on tend vers « *une psychiatrie à la louche* ² » pour reprendre l'expression du Dr Vignat, quelle place reste-t-il pour une pratique clinique, non pas hors norme, mais en dehors des normes dominantes, toujours animé par la recherche de l'homme derrière le symptôme ? Ainsi, en interne, on comprend bien qu'il existe un danger face à l'abandon de la philosophie des soins, car cet abandon remettrait en question l'essence constitutive de cette institution : son identité, ses pratiques cliniques et ses modes de management. La philosophie des soins est incarnée et portée par des hommes et particulièrement par les responsables, c'est sur le choix de ceux-ci que repose la possibilité de poursuivre cette « aventure » ou de rentrer dans le rang des institutions psychiatriques sans « aspérité ».

² Dr J. P. Vignat : intervention à la 3^{ème} Rencontre soignante en Psychiatrie, Lyon 29.11.2017

Les difficultés en lien avec l'environnement reposent quant à elles sur la capacité de l'institution à résister aux pressions de plus en plus fortes que celui-ci lui impose, dans le domaine économique, mais aussi dans ceux des pratiques cliniques et du management.

Dans le domaine économique d'abord, les préoccupations des pouvoirs publics, affirmées dès 2008 par la Conférence des Directeurs des affaires Sanitaires (CDS), c'est-à-dire les ministres de la santé de chaque canton, portent sur une meilleure adéquation de l'offre en soins psychiatriques et de son financement. Trois sujets sont prioritaires : le renforcement de l'offre ambulatoire, la diminution des hospitalisations (dénommées « soins stationnaires »), et la réforme des systèmes de financement. Alors que la prévalence des troubles psychiques est très forte, ces orientations se sont traduites par une diminution du nombre d'établissements psychiatriques, passé de 94 établissements 77 en dix ans (2003-2013), créant ponctuellement des déficits de lits d'accueil. Même si ce chiffre est à relativiser sachant que certains services ont été intégrés dans de grosses structures hospitalières plus générales, le nombre de lits a néanmoins chuté de 19,9 %, pour atteindre la moyenne actuelle de 0,8 lits pour 1 000 habitants.

Ainsi, depuis cette année (2018), un nouveau système de financement (TARPSY) est appliqué, le système de financement de la médecine somatique selon les DRG (diagnosis related groups) adopté en 2012 n'étant pas applicable à la psychiatrie. Désormais, le prix est défini par séjour en prenant en compte le diagnostic, la durée de séjour (avec un prix dégressif) et un tarif de base. Ce financement repose sur l'association de l'intensité des symptômes et leur amendement rapide, et non pas sur un processus de soins individualisé, ce qui va à l'encontre des pratiques de la Fondation. Par ailleurs, les mesures de résultats exigées sont des mesures principalement symptomatiques et non pas des mesures de satisfaction plus globale, alors que ces dernières donnent des bons scores au sein de l'établissement. Enfin, ce système est national alors que précédemment les tarifs étaient déterminés dans chaque canton en vertu du contexte et des équipements avec un système de prix de journée. TARPSY repose sur un benchmarking national des coûts et des tarifs, et l'uniformisation au niveau suisse va diminuer les tarifs des cantons le plus chers, tel le canton de Vaud dans lequel se situe la Fondation de Nant. La pratique clinique est ainsi impactée de manière indirecte mais bien réelle par la pression indirecte sur les durées de séjour qu'induit ce type de financement.

Les prestations ambulatoires sont financées par les caisses maladie et pour une moindre part par la tutelle pour les prestations d'intérêt général. Ainsi, il existe deux négociations,

la principale avec les caisses maladie sur le prix du point qui détermine le prix des prestations, et l'autre négociation avec la tutelle pour les prestations d'intérêt général. Les tarifs ne sont donc jamais acquis, et sont renégociés d'année en année. De plus, l'État, qui finance pour moitié les séjours hospitaliers, pousse au développement des prestations ambulatoires financées par les caisses maladie. Le coût de ces dernières a augmenté plus vite que celles de l'hôpital, passant de 476 millions à 781 millions de francs suisse entre 2004 à 2014 soit une augmentation de 67,7 % (se répartissant à parts égales entre le nombre de consultations et le coût moyen par consultation), contre une hausse de 31 % pour les hospitalisations (29,3 % de consultations et 29,7 % d'augmentation de tarif). Les caisses-maladies ont ainsi dû faire face à une augmentation des coûts à leur charge de 54,4 % sur cette période. Pour contenir les prix de l'ambulatoire et limiter les répercussions sur les prix des cotisations, le prix du point diminue régulièrement. A titre d'exemple, un seul centime de moins au point équivaut à 100 000 francs suisse pour la Fondation, et ce type d'adaptations de tarif est courant.

D'autre part, l'évolution globale de la psychiatrie tend vers une psychiatrie de plus en plus scientifique et biomédicale avec une lourde tendance à traiter uniquement les symptômes et à négliger la personne. La pratique clinique de la Fondation s'inscrit en faux avec cette tendance, elle maintient sa politique de soins fondée sur un travail essentiellement relationnel se référant aux concepts psychanalytiques. Cette référence est en perte de vitesse dans le champ de la psychiatrie, et même considérée comme désuète. Ainsi, Nant est-il à contre-courant, et les regards de la tutelle se font de plus en plus pressants et suspicieux, nourris par la peur que la Fondation n'offre pas des prestations du niveau attendu en n'intégrant pas les prétendues avancées de la « science psychiatrique ».

La méfiance de la tutelle porte également sur le statut privé de la Fondation qui est unique parmi les quatre secteurs psychiatriques du canton de Vaud. A la différence des établissements en charge des trois autres territoires, le directeur général de Nant n'est pas un médecin, et malgré la certification ISO en place depuis 2000, les audits s'enchaînent, que ce soit pour les pratiques cliniques, les finances ou encore la cuisine. A titre d'exemple, en 2016, Nant a « subi » huit audits.

« Et pourtant ça marche ! »

Les études³ consacrées aux organisations de santé montrent que les difficultés de gestion tiennent en particulier au fait que les managers sont coupés de la réalité parce que les données concernant les patients ne leur sont pas accessibles du fait du secret médical. En effet, les décisions au quotidien sont laissées à la main des acteurs, qu'ils soient médecins, infirmiers ou autres spécialistes, face à une demande qu'ils considèrent comme la résultante de cas différents, nécessitant des réponses spécifiques et à l'abri des injonctions managériales⁴. Les établissements privés ont contourné cet obstacle, avec beaucoup de difficulté, en déléguant aux praticiens une partie de la gestion : celle qui concerne précisément les patients soumis à des actes médicaux et soignants.

Dans les établissements psychiatriques, et plus particulièrement ceux, de plus en plus rares, ancrés dans une pratique en référence à la psychanalyse, les difficultés de contrôler les processus de production de soins sont encore plus fortes dans la mesure où ces productions, par leur immatérialité et leur variabilité, échappent très souvent au contrôle mis en place. Cette disjonction entre management et psychiatrie, considérée comme inévitable et irréconciliable, car consubstantielle à la pratique clinique, semble mettre hors de portée les acteurs des établissements psychiatriques favorisés par l'histoire des budgets globaux indépendants de la production de prestations.

« Et pourtant, ça marche ! », dans certaines conditions. A l'image de Galilée s'exclamant « *Et pourtant, elle tourne* », en parlant de la terre, la même réflexion nous conduit à dire « Et pourtant, ça marche » en parlant du fonctionnement atypique de notre établissement marqué par la conjonction des pratiques cliniques et des pratiques de gestion, et désormais menacé de toutes parts. Ce constat s'enracine dans une connaissance intime de cette institution à partir d'une double fonction depuis plus de trente ans, de clinicien et gestionnaire, directeur des soins attaché à la Direction Générale et en même temps

³ Minvielle E. *L'organisation du travail à l'hôpital, gérer la singularité à grande échelle*, Revue Française de gestion, juin-juillet-août 1996, pp. 114-124

⁴ Friedson E. *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984

⁵ Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*, Eyrolles Editions d'Organisation, Paris, 1982, 434 p.

comme directeur opérationnel confronté aux problèmes cliniques pour répondre aux besoins des patients.

La pérennité au cœur du questionnement

C'est à partir de cette thématique que nous avons construit notre question de recherche. Notre objet de recherche est la pérennité de la Fondation de Nant avec son statut privé d'intérêt public, son organisation particulière à contre-courant des grands rassemblements étatiques et loin des modèles dominants de la psychiatrie. Ainsi, notre question de recherche se formule comme suit :

Comment et pourquoi un établissement sanitaire psychiatrique, privé d'intérêt public, qui ne se réfère pas au modèle dominant ni du point de vue organisationnel et ni du point de vue clinique, subsiste-t-il et prospère-t-il ?

La survie peut être entendue comme un indicateur de performance organisationnelle. Le résultat de cette survie est la pérennité de l'organisation. En effet, si une organisation est pérenne, c'est qu'elle a su faire valoir un mode de faire pour durer, c'est-à-dire traverser des difficultés et s'adapter. Nous postulons que la réponse à cette question, dans une étude de cas, devrait nous permettre d'en extraire des facteurs organisationnels plus généraux ou un mode de gouvernance qui pourraient être utiles à d'autres organisations sanitaires et à leur gouvernance, et plus particulièrement, à certains établissements psychiatriques. La généralisation des résultats de cette étude pourrait apporter de nouvelles perspectives théoriques.

La pérennité ou la survie est définie comme un « *état, caractère de ce qui dure toujours ou très longtemps, la continuité d'une chose, d'une espèce à travers une succession d'individus, d'organismes*⁶ ». La survie organisationnelle est le fait que l'organisation en question se maintient et perdure à travers une succession d'individus. C'est le fruit de multiples processus d'adaptation. Si l'on considère, comme S. Mignon, que le seuil de 50 années de

⁶ www.cnrtl.fr, consulté le 16.04.2015

durée de vie autorise à parler de pérennité⁷, » alors la création de la Fondation en 1943 la classe dans cette catégorie.

La pérennité organisationnelle « *se définit comme la capacité pour une entreprise d'initier ou de faire face au cours de son histoire à des bouleversements externes ou internes tout en préservant l'essentiel de son identité* »⁸. La pérennité oblige à gérer une contradiction qui consiste pour une entreprise à rester elle-même, c'est-à-dire à garder son identité, tout en changeant et en évoluant. Nous y voyons une dynamique qui consiste à gérer le complexe vu qu'il s'agit de composer avec le paradoxe et, encore une fois, cette dynamique est proche de celle de la clinique dont la gestion des paradoxes est essentielle à l'instar des théorisations de Winnicott sur le paradoxe de la transitionnalité⁹ qu'il faut accepter sans tenter de le résoudre. Autrement dit, c'est de ce paradoxe (être différencié de sa mère tout en restant avec elle par l'intermédiaire d'un objet transitionnel la représentant) que peut naître psychiquement un individu qui va en même temps être séparé et en lien. Ainsi, l'histoire, la stratégie, la gestion, les valeurs, l'innovation convergent vers le concept de pérennité. Ce sont précisément nos points d'intérêt.

Plan de la thèse

L'objet de cette thèse est double :

- Comprendre comment, de mutation en adaptation, la « start-up » est devenue l'établissement intégré et respectable que l'on connaît et pourquoi « ça marche » en interrogeant son évolution de plus de 70 ans sans déroger à sa philosophie des soins pourtant singulière et les modes de faire de cet établissement unique pour assurer sa survie ;
- Repérer et analyser, chemin faisant, les « ressorts » du développement de cet établissement en essayant de faire émerger de la « gangue » ce qui nous paraît important, l'homologie entre les pratiques de gestion et les pratiques cliniques,

⁷ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 14

⁸ Mignon S. *La pérennité organisationnelle*, Revue française de gestion, N° 192/2009, p. 75

⁹ Winnicott D. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot Paris, 1969 et *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975

née de la puissance des projets de soins et du rôle qu'ont joué les « interstices » du quotidien par lesquels les hommes et les femmes organisent leur vivre ensemble à l'abri des regards hiérarchiques.

Pour répondre à ces objectifs, la thèse s'organise en deux parties.

Après avoir clarifié dans un chapitre liminaire le cheminement personnel qui sous-tend les choix épistémologiques et méthodologiques, la première partie s'attache à déconstruire le puzzle constitué de l'histoire de cet établissement (chapitre 1) et de l'histoire de la psychiatrie (chapitre 2), pour montrer comment, tout en concentrant sur 75 ans une partie du périple qu'a connu la psychiatrie durant environ deux siècles, la Fondation a développé un processus de prise en soins original, présentant à la fois des convergences et des divergences avec les principaux courants de la psychiatrie (chapitre 3).

La seconde partie cherche à repérer les éléments qui ont permis à la Fondation de conserver un équilibre entre lien et rupture avec l'environnement tout en gardant ses valeurs et modes de faire. Ce positionnement est aussi fragile qu'ambitieux, car soumis à la conjonction de champs d'influence internes et externes puissants (chapitre 1). Après avoir recensé les différents facteurs de pérennité envisagés dans la littérature (chapitre 2), le rôle central de la philosophie des soins comme fondement « singulier » d'une homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion, sans laquelle aucun développement n'est possible, est mis en lumière (chapitre 3). La concrétisation de cette homologie requiert le déploiement et le maintien d'espaces interstitiels. C'est sur cet apparent paradoxe, rester le même et changer, à l'image de la maturation psycho-affective, que la pérennité de la Fondation de Nant s'est construite au quotidien.

Chapitre liminaire : de l'objet à la méthode

«... nous ne pouvons presque jamais affronter les choses directement, de front, en présence?... la raison inventive naquit de ces chemins de traverses... Je commence n'importe où et où cela se développe comme du lierre... la flore s'élève par embranchement... désormais le labyrinthe se mêle à l'ordre. Voici inventée la sérendipité ! »

M. Serres, *Le gaucher boiteux*, p. 95-6

« Toute société se ferme sur soi pour monter en puissance, cohésion et densité ; toute connaissance, toute discipline fait de même pour s'assurer définition et cohérence, mais privées d'ouverture, desséchées, elles mourraient. Voici la geôle, étouffante, voilà l'errance sans domicile, mortelle. Seule l'ouverture éparpille, évapore ; la fermeture stérilise, dessèche. »

M. Serres, *Le gaucher boiteux*, p. 163

« Marche, il n'y a pas de chemin, le chemin se construit en marchant... Marche, il n'y a pas de chemin, Seulement des sillages sur la mer »

A. Machado, Chant XXIX des proverbes et des chansons, Champs de Castille, 1917¹⁰

« Il n'y a pas de place pour l'objectivité dans une science des personnes. »

Laing R. In Aktouf p. 257

¹⁰ Le Moigne J. L. . *Les épistémologies constructivistes*, PUF, Coll. Que sais-je, Paris, p. 121

Comme toute opération humaine, une démarche de recherche est étroitement dépendante, tant dans son objet, que dans sa forme et son résultat, de celui ou celle qui la conduit. Le rapport à la réalité ou à ses représentations, la façon dont l'objet de recherche a été construit, la méthode de recueil et d'exploitation des matériaux sont autant d'éléments qui permettent de contextualiser une recherche et, en quelque sorte, de donner sens à ses finalités et à ses résultats.

C'est à cet exercice que s'attèle ce chapitre. Il s'agit d'abord de clarifier les relations étroites et néanmoins ambiguës qu'entretiennent le champ de la psychiatrie et le champ de la gestion au travers de leurs pratiques respectives (1). Si la tentation est grande de les confondre ou de les fusionner au risque d'effets néfastes tant pour l'une que pour l'autre, l'analyse de l'homologie entre ces pratiques peut être, comme nous le développerons dans la seconde partie de cette thèse, particulièrement féconde pour comprendre la dynamique qui fonde la pérennité de la Fondation de Nant. Cette clarification est d'autant plus importante que notre itinéraire professionnel nous a conduit du domaine du soin vers un rôle hybride conjuguant soins et management.

L'exploration des causes possibles de cette pérennité, objet central de la thèse progressivement construit comme concept intégrateur de nos différentes interrogations, s'inscrit dans une posture épistémologique et des choix méthodologiques bien déterminés (2). La perspective interprétativiste adoptée mobilise ainsi une étude de cas unique nourrie par notre rôle de participant-observateur à l'intérieur de l'établissement. Cette participation-observante vient compléter un matériau (3) riche, issu d'entretiens semi-directifs et d'analyse de documents publics et institutionnels internes, visant à dessiner à la fois l'histoire de la Fondation et son fonctionnement actuel.

1. De la clinique psychiatrique à la gestion

1.1. La clinique psychiatrique

Ajouter le métier de gérer à celui de soigner, c'est cumuler deux des trois métiers impossibles selon S. Freud. « *Très tôt j'avais fait mienne la boutade des trois professions*

impossibles – à savoir : éduquer, soigner, gouverner. ¹¹ » Voilà l'aventure dans laquelle nous sommes partis en occupant un poste cadre et en nous formant à la gestion. Mais peut-être que ce nouveau métier de gestion a plus de parenté qu'il ne le laisse voir de prime abord avec la clinique ? Nous avons souvent constaté des nombreuses similitudes entre clinique et gestion, tous deux métiers de l'humain.

S'il est possible d'identifier des similitudes entre clinique et gestion, il n'est pas question de confondre ces deux champs bien distincts et de tomber dans le travers de l'application de solutions soignantes aux problèmes d'organisation. Nous en trouvons un exemple emblématique dans l'histoire de la psychiatrie : les successeurs d'Esquirol vont reprendre la question de l'autorité du médecin sur les patients - ce qui est une question clinique - pour ne pas se laisser dominer par leurs convictions délirantes. À partir de cette position médicale, les médecins estiment qu'ils doivent exercer cette même autorité totale à l'ensemble de l'organisation et ses personnels. Ainsi, Girard en 1839 en donne l'illustration «... *exprimer la fusion de la médecine et de l'administration qui se prêtent un secours mutuel, l'administration dans un hospice d'aliénés n'étant que l'application d'une hygiène bien entendue.* » ¹² À notre sens, il s'agit d'une confusion entre clinique et gestion : l'organisation et les personnels ne sont pas des patients et n'ont pas les mêmes besoins, ce sont deux domaines différents qu'il faut donc traiter de manière différenciée, quand bien même la question de l'autorité se pose pour chacun des domaines. Ainsi, notre position s'inscrit en faux des applications cliniques, notamment psychanalytiques, à l'organisation, considérée alors comme une personne. En revanche, une organisation est constituée de personnes qui interagissent dans des relations au quotidien et c'est ce champ que nous allons investiguer.

Ces relations professionnelles s'inscrivent dans un contexte qui les façonne et les conditionne. Ce contexte est une construction historique qu'il paraît essentiel de comprendre. C'est pourquoi l'histoire singulière de cet établissement sera retracée. À l'instar des histoires singulières de chaque patient qui donnent sens à leurs problématiques, nous allons « faire l'anamnèse » de la Fondation de Nant pour tenter de comprendre dans quelle mesure la mémoire institutionnelle conditionne les choix actuels.

¹¹ Freud S. Préface *Jeunesse à l'abandon*, Aichhorn A. (1925), trad. Franç. Privat, 1973 *Analyse terminée et analyse interminable* (1937) p. 7, *Œuvres complètes*, t. XVII, PUF, Paris, 1992, p. 161

¹² Bleandonu G. Gaufrey G. *Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris)* Annales. Économie, Sociétés, Civilisation. 30^{ème} année, N°1, 1975. pp 101-102

Ces investigations cliniques, historiques et questionnaires restent d'abord celles d'un clinicien qui cumule deux métiers plutôt que d'en quitter un, la clinique, pour un autre, la gestion : nous restons clinicien et gardons une pratique clinique en psychiatrie. La clinique reste le pilier central de notre identité professionnelle, et cette recherche en management vient s'enchaîner dans celle-là tout comme l'activité de gestion est encadrée dans l'activité clinique. Il n'y a pas de choix entre pratiques cliniques et pratiques de gestion mais plutôt une tentative de faire dialoguer deux domaines dans un objectif de gouvernance institutionnelle commune d'un établissement public de psychiatrie. En nous référant à la clinique psychiatrique, nous faisons référence à une clinique particulière, celle des établissements publics qui répondent à des besoins spécifiques.

Pourquoi une psychiatrie publique est-elle nécessaire ? Pourquoi, ou à quel moment de son parcours, un usager s'adresse-t-il aux services publics plutôt qu'aux psychiatres en pratique privée (libérale) ? Schématiquement, deux raisons fondamentales l'expliquent : la première tient au fait qu'à un moment de sa trajectoire, cet usager a besoin des compétences d'une équipe pluridisciplinaire et non seulement du secours d'un seul homme ; la seconde raison est que, quelquefois, il peut ne pas être en mesure de faire une demande explicite de soins. Ainsi, la clinique psychiatrique des services publics se présente souvent sous des formes où elle montre sans dire explicitement ce qui se passe et ce qui est demandé. Elle donne à voir, et demande implicitement aux soignants et thérapeutes de décoder et comprendre ce qui se joue pour mettre en place un projet de soins pour lui venir en aide. Cette dynamique présente une homologie avec la Fondation de Nant : celle-ci est porteuse de singularités, telles que son statut, son organisation, sa gouvernance, sa dynamique ou encore sa philosophie de soins, qui donnent à voir, qui interrogent et suscitent l'envie de comprendre ce qui s'y passe.

« Démêler le principe et la cause d'une maladie à travers la confusion et l'obscurité des symptômes ; connaître sa nature, ses formes, ses complications ; distinguer au premier coup d'œil tous ses caractères et toutes ses différences ; séparer d'elle au moyen d'une analyse prompte et délicate tout ce qui lui est étranger ; prévoir les événements avantageux et nuisibles qui doivent survenir pendant le cours et sa durée ; gouverner les moments favorables que la nature suscite pour en opérer la solution ; estimer les forces de la vie et de l'activité des organes ; augmenter ou diminuer au besoin leur énergie ; déterminer avec précision quand il faut agir et quand il convient d'attendre ; se décider avec assurance entre plusieurs méthodes de traitement qui offrent toutes des avantages et des inconvénients ;

*choisir celle dont l'application semble permettre plus de célérité, plus d'agrément, plus de certitude dans le succès ; profiter de l'expérience ; saisir les occasions ; combiner toutes les chances, calculer tous les hasards ; se rendre maître des malades et de leurs affections ; soulager les peines ; calmer leurs inquiétudes ; deviner leurs besoins ; supporter leurs caprices ; ménager leur caractère et commander à leur volonté, non comme un tyran cruel qui règne sur des esclaves, mais comme un père tendre qui veille sur la destinée de ses enfants.*¹³ » Voilà la définition de la clinique que donne C. L. Dumas en 1807, et qui reste d'actualité.

La clinique est la pratique du soin « *qui s'opère au chevet du malade* » et par extension « *qui repose sur l'observation directe du malade alité*¹⁴ ». M. Foucault considère que, jusqu'à la fin du XVII^e siècle, la clinique n'était que pédagogique¹⁵ et « *la médecine moderne a fixé d'elle-même sa date de naissance vers les dernières années du XVIII^e siècle*¹⁶ ». Selon lui, la clinique naît au moment où l'on passe de la pure application d'une théorie dans les soins à l'observation des malades pour en tirer des enseignements et nourrir la théorie. De plus, ainsi et progressivement, c'est également la naissance de la clinique avec un enseignement pour les futurs médecins au lit du malade à travers une pratique du soin : « *un empirisme contrôlé : savoir faire après avoir vu*¹⁷ ». La psychiatrie naît à la même époque¹⁸ avec P. Pinel, d'un point de vue médical, bien aidé dans cette tâche par J. B. Pussin, soignant des aliénés et précurseur de Pinel. Pour être précis, c'est d'abord le « prendre soin » et les observations de Pussin¹⁹ qui donnent naissance à la clinique psychiatrique. Nous reviendrons plus loin sur cet épisode marquant de l'histoire de la psychiatrie. La psychiatrie naît de la clinique, c'est-à-dire de la pratique du soin. « *Pussin, sans avoir pris l'avis de personne et sans qu'on l'eût remarqué, expérimentait*

¹³ Dumas C. L. *Eloge de Henri Fouquet* In Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 87

¹⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/clinique> consulté le 16.04.15

¹⁵ Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 60

¹⁶ Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. VIII

¹⁷ Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 82

¹⁸ Gauchet M. Swain G., *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980

Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 2004

Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Ed. du Temps, Paris, 1998

Quétel Cl. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier Paris, 2009

Swain G. *Dialogue avec l'insensé*, Ed. Gallimard, Paris, 1994

¹⁹ Weiner Dora B. *Philippe Pinel et l'abolition des chaînes : un document retrouvé*, L'Information psychiatrique, vol. 56 - n° 2 - février 1980, pp 245-253

*depuis longtemps le système que Pinel allait inaugurer.*²⁰ » Son expérience est celle d'un soignant qui empiriquement fait le constat de pratiques cliniques opérantes, telles l'occupation des aliénés ou l'établissement d'une relation humaine fondée sur la conviction que tout n'est pas « perdu » dans la psyché du malade, ce qui laisse entrevoir sa curabilité.

Les modèles de pensée en psychiatrie sont indispensables, car la clinique psychiatrique est souvent « invisible », c'est-à-dire qu'elle n'y a pas de support physique immédiat : l'anxiété, la dépression ou le délire ne se touchent pas physiquement. Il lui faut donc une théorie pour être intelligible : il n'y a pas d'intelligibilité du soin psychique sans théorie. Ainsi, la clinique psychiatrique connaîtra différents courants de pensée que nous reprendrons plus loin. Cependant, il paraît utile de définir brièvement quelques concepts cliniques pour une meilleure compréhension de notre propos.

Ainsi, nous nous référerons aux concepts psychanalytiques pour lesquels nous allons faire un petit détour historique afin de mieux cerner cette théorie. Au début du XX^e siècle, la psychanalyse va redonner espoir à la capacité de la psychiatrie à soigner les troubles psychiques. Ce renouveau s'inscrit après une période très pessimiste souvent attribuée à la psychiatrie kraepelinienne. En effet, E. Kraepelin va « dominer » la pensée psychiatrique avec son ouvrage de référence réédité neuf fois et qui est le reflet du pessimisme ambiant concernant l'échec des traitements psychiatriques et notamment celui de l'Asile qui avait soulevé tant d'espoir au début du XIX^e siècle. Avec la psychanalyse, cette nouvelle perspective positive est renforcée par la remise en question par E. Bleuler du diagnostic, par définition incurable, de « démence précoce » (popularisé par les neuf éditions de la classification nosographique d'E. Kraepelin de 1883 à 1927) ; Bleuler propose de renommer cette psychopathologie « schizophrénie », c'est-à-dire une maladie psychique et non un état démentiel incurable.

Par ailleurs, la psychanalyse va permettre un retour de la subjectivité et de l'individu, s'inscrivant en faux des traitements de masse des asiles de l'époque et de la psychiatrie kraepelinienne avide de scientificité, loin de toute subjectivité et de travail relationnel. Pour illustrer cette position, Kraepelin était convaincu que « *l'ignorance de la langue du*

²⁰ Postel J. *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, L'harmattan, Paris 2007, p.100

*malade en médecine mentale est une excellente condition d'observation*²¹ ». Cependant, la psychanalyse s'est d'abord intéressée à la névrose et notamment aux névrosés (es) plutôt fortunés. Ce sera principalement après la 2^{ème} guerre mondiale que la psychanalyse va s'intéresser aux pathologies autres que les névroses et entrer en institution psychiatrique pour y régner en modèle théorique unique jusque dans les années soixante. Depuis lors, l'antipsychiatrie et les théories systémiques vont commencer à contester ce seul modèle dominant avant que les théories cognitivo-comportementales ne viennent à leur tour, et de manière violente, attaquer et contrer la psychanalyse.

En France, au sortir de la 2^{ème} guerre mondiale, la psychanalyse en institution est surtout investie par le mouvement de la « psychothérapie institutionnelle²² » terme proposé par G. Daumézon en 1952. Il s'agit d'un dispositif thérapeutique institutionnel global, inspiré notamment des théories de J. Lacan. En Grande-Bretagne, c'est le mouvement des communautés thérapeutiques²³ qui propose un autre dispositif, inspiré également des théories psychanalytiques et particulièrement celle des premiers thérapeutes de groupe²⁴. Plus tard, d'autres approches psychanalytiques verront le jour pour les traitements institutionnels dont notamment celles de P.C. Racamier, célèbre auteur du « *Psychanalyste sans divan*²⁵ » qui défend un autre modèle de dispositif institutionnel global pour le traitement de la psychose. Ces dispositifs cliniques vont inspirer d'autres pratiques cliniques et notamment celle des hôpitaux de jour²⁶.

Des psychanalystes se sont intéressés aux traitements psychanalytiques individuels des états psychotiques et ont œuvré au développement théorique de ces approches. Ce sont principalement des Anglo-Saxons issus du mouvement kleinien, post-kleinien et du middle group (Winnicott, Bion et Balint), suivis plus tard par beaucoup d'autres dont Frieda Fromm Reichman, H. Searles, A. L. Silver, M. Little ou D. Rosenfeld. Ces théorisations ont permis une lecture psychanalytique des (psycho) dynamiques

²¹ Kraepelin E. *Les leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, L'Harmattan, Paris 1970, repris de la 6^{ème} édition de 1899 à Heidelberg

²² Daumézon G. Koechlin P. *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine*, Anais Portugueses de Psiquiatria, 1952, vol. IV, N° 4, pp. 271-312

²³ Jones M. *The therapeutic community*, New York : basic book ; 1953

²⁴ Bion, W.R. *Intra-group tensions in therapy*, Lancet 2: 678/781 - Nov.27, 1943

²⁵ Racamier P.C. *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 1970

²⁶ Bleandonu G. Despinoy M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974

psychotiques et des possibilités d'entreprendre des traitements psychothérapeutiques institutionnels ou individuels.

Rappelons que la psychanalyse est une « *discipline fondée par S. Freud* » qui comprend trois niveaux :

1. « *Une méthode d'investigation consistant essentiellement à la mise en évidence de la signification inconsciente de paroles, actions, des productions imaginaires d'un sujet...*
2. *Une méthode psychothérapeutique fondée sur cette investigation...*
3. *Un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement.*²⁷ »

Concernant les thérapies fondées sur cette discipline, nous suivons D. Houzel qui résume les traitements psychanalytiques en trois modèles²⁸ :

1. La **décharge**, qui consiste à décharger dans un échange verbal la préoccupation la tension ou les conflits dans un sens cathartique.
2. Le **dévoilement**, qui est le propre d'une cure psychanalytique ou d'une psychothérapie psychanalytique, dans laquelle le thérapeute va aider à dévoiler le conflit inconscient qui agit le patient à son insu.
3. La **contenance**, qui consiste à trouver un espace psychique dans lequel « *la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue... ce qui soigne... le patient, c'est la capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser. L'analyste héberge et pense les expériences et les pensées que le patient ne peut contenir et penser tout seul.*²⁹ »

²⁷ Laplanche J. Pontalis J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 7^{ème} éd. 1981, p. 351

²⁸ Houzel D. Le concept d'enveloppe psychique, In Anzieu et Al. *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 1987, p. 23-45

²⁹ Cicone A. *Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques*, Cahier de psychologie clinique 2001/2 (N°17), p. 82

Ces trois modèles sont souvent confondus et cette classification a le mérite de clarifier le type de traitement issu de la psychanalyse. Les soins institutionnels visent en priorité le modèle de la contenance.

Dans les institutions, le terme psychodynamique est préféré à celui de psychanalytique pour faire référence à une autre pratique que celle de la cure type. Il s'agit en quelque sorte de psychanalyse appliquée. Même si la psychodynamique est avant tout associée à la psychanalyse, il faut préciser que la psychodynamique, dans un sens plus général, pourrait aussi faire référence à une autre théorie qui n'est pas la psychanalyse mais qui compose avec différents éléments psychiques en interaction. La psychodynamique est « *la formulation théorique de la dynamique de l'esprit d'une personne spécifique, sans que soit impliqué que ces processus sont anormaux*³⁰ ». Ce positionnement dynamique s'inscrit dans la ligne des théorisations de la complexité dont les interactions entre différents éléments constituent la base de la nature et aboutissent à une organisation en perpétuel mouvement³¹.

À la Fondation de Nant, la référence est clairement la psychodynamique psychanalytique. Après avoir été une communauté thérapeutique qui s'ignorait à ses débuts, la Fondation a fait référence aux théories de Balint (middle groupe) sur les aspects relationnels du médecin avec le malade. Par la suite, et depuis la fin des années 1970, c'est la psychanalyse qui fait référence et notamment les théoriciens anglo-saxons qui se sont intéressés aux traitements analytiques de la psychose en institution, la psychose étant la pathologie emblématique des usagers des services de la psychiatrie publique. Comme relevé plus haut, il convient de rappeler que les traitements psychanalytiques de la psychose en institution sont des traitements de « psychanalyse appliquée », il ne s'agit pas de cure psychanalytique au sens classique du terme. Ces thérapies sont « officiellement » appelées « traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré ³² » (TPPI) vu qu'elles intègrent l'approche individuelle, familiale, le traitement de milieu et pharmacologique.

³⁰ Rycroft C. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Hachette, Paris 1972

³¹ Morin E. *La méthode, La nature de la nature*, Ed. du seuil, Paris 1977, p. 228

³² <https://www.medecins-conseils.ch/expertcom/psyamb.html> consulté le 11.06.2016

Concernant l'aspect relationnel pour le travail sur le sens du symptôme quel qu'il soit, il est indispensable de se pencher sur l'anamnèse du patient. Le sens ne peut qu'émerger de l'histoire individuelle du sujet, et notamment son histoire infantile, enchâssé dans celui d'un contexte familial et peut-être même intergénérationnel. C'est avec ces éléments anamnestiques qu'il est possible de comprendre et donc de donner sens à ce qui se passe actuellement, avec le présupposé qu'il s'agit de la répétition vécue avec un sentiment d'actualité d'un vécu infantile. Par exemple, pourquoi cette personne décompense maintenant et non à un autre moment de sa vie ? Quel sens peut prendre cette idée délirante ? Pourquoi cette tentative de suicide actuellement ? Ce travail clinique peut se faire en référence à ce corpus théorique de concepts psychanalytiques et dans des relations d'intersubjectivités entre patients et soignants dans le cadre précis d'un projet thérapeutique.

1.2. Clinique et gestion, deux champs à ne pas confondre

Les liens entre clinique et gestion au cours de l'histoire de la psychiatrie montrent qu'il existe un fort impact de la philosophie des soins sur les modes de gestion. Nous retiendrons deux exemples qui nous semblent illustrer cette dynamique.

Commençons par l'exemple qui nous apparaît comme le plus emblématique, la période de l'autoritarisme médical des aliénistes au milieu du XIXe siècle. Ce mode de faire a engendré un modèle du même type du côté de la gestion, mode opératoire très hiérarchisé dont les aliénistes se sont emparés depuis qu'Esquirol a remplacé Pussin pour le plus grand dommage de chacun, patients, soignants, aliénistes et même, collectivités publiques qui assuraient le financement de ces (trop) grands asiles. Rappelons que l'idée qui prévalait dans la clinique était d'avoir autorité sur le fou pour maîtriser son comportement, voire ses pensées délirantes. La position d'Esquirol est sans ambiguïté : « *Dans une maison d'aliénés, il doit y avoir un chef et rien qu'un chef*³³ » et son élève et successeur, E. Georget, de poursuivre radicalement dans cette voie : « *Et le médecin est le seul « directeur de l'emploi, rien ne s'y fait sans ses ordres et que d'après ses ordres... Le gouvernement des fous doit être absolu ; toutes les questions doivent être décidées sans*

³³ Esquirol cité in Gauchet M. Swain G., op. cit. p. 282

*appel par le médecin*³⁴ » Comme nous l'avons souligné dans l'historique, l'autorité médicale s'étend à tous les collaborateurs. « *Tous ses subordonnés doivent faire partie de lui-même, le seconder en sa présence, le suppléer en son absence, faire continuellement ce qu'il ne peut faire que plus rarement*³⁵. » Il s'agit d'une véritable monarchie pour reprendre le terme de G. Daumézon³⁶, et le mode de gestion monarchique est clair. Nous savons maintenant que ce modèle n'a apporté aucun résultat que ce soit du côté de la clinique ou de la gestion.

A contrario, lorsqu'un travail relationnel sur un mode plus égalitaire se réalise, le mode de gestion change et le faire-ensemble devient plus participatif, plus productif et plus humain pour chacun. À l'opposé de l'instrumentalisation de la relation sur un mode autoritaire, la « relation d'impouvoir³⁷ » - c'est-à-dire une relation plus égalitaire dans un positionnement inverse à l'autoritarisme de Georget - semble la source de meilleures perspectives cliniques et managériales. Un des éléments qui peuvent expliquer le meilleur résultat est l'implication du patient dans son traitement dont il devient l'acteur, comme pour le collaborateur qui s'implique plutôt que de suivre les ordres du responsable. Ainsi, l'abord relationnel des patients, principalement influencé par les concepts psychanalytiques va totalement modifier les relations avec les patients mais également celles entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et avec le médecin. Un exemple emblématique se retrouve dans la politique de secteur instaurée en France depuis 1960 qui favorise un réel travail d'équipe. « *Le travail d'équipe ne concernait pas seulement le collectif des psychiatres... dans cette mutation du je vers le nous de l'équipe soignante... bien sûr, pratiquement, l'accomplissement de ce processus de démocratisation, de fraternité, a pris des formes très diverses...*³⁸ » En quelque sorte, nous pouvons y voir le passage de la monarchie à la démocratie dans les modes de gestion institutionnels.

Pour revenir au modèle autoritaire, nous pouvons considérer que les aliénistes du XIX^e siècle se sont emparés de la gestion pour tout diriger eux-mêmes. Du coup, il n'existait plus qu'un seul modèle, celui de la clinique comme omniscient et capable de tout faire. À l'opposé, nous trouvons des gestionnaires qui se sont emparés des outils

³⁴ Georget E. cité In Postel J. op. cit. p.593

³⁵ Georget E. cité In Postel J. op. cit. p. 594

³⁶ Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 613

³⁷ Swain G. *Dialogue avec l'insensé*, Ed. Gallimard, Paris, 1994

³⁸ Bonnafé L. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 88

conceptuels des cliniciens pour tenter de l'appliquer à la gestion. C'est en quelque sorte le même modèle mais à l'envers. La psychanalyse a été prise quelques fois comme modèle pour la gestion et il nous semble important de nous arrêter sur ce sujet et clarifier notre position.

La psychanalyse a été utilisée en gestion avec plus ou moins de bonheur et de confusion, des analyses de processus interpersonnels à l'utilisation de certains concepts pour donner du sens aux dynamiques groupales. L'exemple le plus abouti de ce mouvement est probablement le point de vue de E. Enriquez, développé dans son ouvrage « *L'organisation en analyse* ³⁹ » qui bascule carrément dans la psychanalyse institutionnelle passant de la cure individuelle à celle de l'organisation sur le divan. À notre sens, cette transposition est illusoire et inopérante et n'aboutit qu'à une impasse. E. Jacques nomme cette approche la socio-analyse⁴⁰. Après s'être beaucoup investi dans ce champ de la psychanalyse dans le domaine de la gestion⁴¹, il fera marche arrière et nous le suivons, en réfutant ses positions et proposant l'hypothèse que ce sont les systèmes sociaux mal organisés qui génèrent des anxiétés chez les personnels et non l'inverse. « *La raison pour laquelle nous avons des organisations mauvaises ou dysfonctionnelles n'est pas à chercher dans des facteurs psychopathologiques (des personnels) à comprendre ou à éliminer par l'application de concepts et de méthodes psychanalytiques, tant s'en faut. La raison est qu'il n'y a jamais eu de fondement approprié de la compréhension des organisations « en soi »* ⁴² ».

L'organisation se débat entre ceux qui ont une vision fusionnelle (une seule théorie pour la clinique et la gestion) et ceux qui ne voient que des antagonismes. N. Saliba-Chalhoub et C. Schmitt proposent une voie intermédiaire par une lecture psychanalytique des relations dans l'organisation « *...en vue d'une meilleure compréhension et, idéalement, d'une optimisation des relations humaines au sein de l'organisation et, par voie de*

³⁹ Enriquez E. *L'organisation en analyse*, PUF, Paris, 2003

⁴⁰ Jacques E. *Structures d'organisation et créativité individuelle*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 156

⁴¹ Jacques E. *Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété et l'anxiété de persécution, contribution à l'étude psychanalytique des processus sociaux*, In Levin K. *Psychologie sociale, textes fondamentaux*, Tome 2, Dunod, Paris, réédition 1996, pp. 547-564

⁴² Jacques E. *Pourquoi l'approche psychanalytique des organisations est dysfonctionnelle*, Revue Internationale de Psychosociologie, 1997, vol III, n° 6 - 7, p. 7

*conséquence, d'une amélioration des conditions de vie et des résultats attendus.*⁴³ » Les théorisations d'E. Morin sur la complexité nous permettent de dépasser ces positions pour mieux comprendre et composer avec la dialogique, l'antagonisme et la récursivité dans une dynamique qui lie ces différents éléments. Pour lui, le complexe est « *ce qui est tissé ensemble*⁴⁴ ». Ce maillage ne peut pas être une ligne droite, il y a forcément des ruptures, des discontinuités, des incompréhensions, des malentendus à l'instar de la cure psychanalytique, ou de tout soin psychique, dans lequel le paradoxe peut être de répondre en ouvrant une question plutôt que d'y répondre. Voici un exemple : dans un groupe thérapeutique, d'entrée de jeu une dame manifestement angoissée demande très agressivement le pourcentage de réussite des traitements. Sa tension descend et elle se tranquillise après que le thérapeute lui a répondu qu'il serait plus judicieux de parler de sa peur de ne pas guérir plutôt que de statistiques.

S'il existe une parenté de processus entre thérapie et gestion, il ne s'agit pas du même champ et nous pensons qu'il est préférable d'être attentif à ne pas les confondre. Nous postulons qu'il existe un danger sournois à appliquer « directement » les concepts psychanalytiques au management parce que cette démarche revient à proposer des solutions soignantes aux problèmes de gestion. Même si, de prime abord, l'idée paraît séduisante de pouvoir « soigner » l'organisation, à voir de plus près, et en suivant l'avis d'E. Jacques, la méthode ne paraît pas adaptée et tient de l'illusion ou de la confusion. « *Les éclairages psychanalytiques ne fournissent – ils ne le peuvent – aucune connaissance de l'organisation ni sagesse à ce propos.*⁴⁵ *il est dysfonctionnel d'essayer d'appliquer des concepts tels que le transfert quand on travaille avec des institutions sociales.* » Nous estimons plutôt qu'une organisation se gère, évolue ou se transforme. E. Jacques part de l'idée que les organisations existent avant les hommes qui y évoluent et que l'anxiété découle de l'incapacité à clarifier les exigences des différents rôles au sein de l'organisation. Il plaide pour une organisation qui assure son efficacité grâce à ses structures, processus et fonctions qui construisent et entretiennent la confiance des collaborateurs.

⁴³ Saliba-Chalhoud N. Schmitt C. *De l'emprise de l'inconscient dans les entreprises. Voyage en complexité interpersonnelle*, Projectique 2017/1 (N° 16), p. 99

⁴⁴ Morin E. *La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité*, Revue internationale de systémique, Vol. 9, N° 2, 1995

⁴⁵ Jacques E. *Pourquoi l'approche psychanalytique des organisations est dysfonctionnelle*, Revue Internationale de Psychosociologie, 1997, vol III, n° 6 - 7, p. 9 et 10

De son côté, O. Kernberg, psychanalyste, va dans le même sens qu'E. Jacques concernant l'inefficacité de l'application des concepts psychanalytiques dans le champ des organisations : «... Il (le titre de l'article : *Le divan à la mer : la psychanalyse des organisations*) voudrait traduire le sentiment d'incertitude et même de danger que j'en suis arrivé à associer aux tentatives d'appliquer aux grands groupes et organisations des connaissances acquises à travers la psychanalyse.⁴⁶ » Pour lui, contrairement à ce qui se passe en psychothérapie individuelle concernant le potentiel de changement, il n'y a pas de lien direct avec la dynamique des groupes, ce qui fait qu'il n'est pas possible d'opérer de cette manière un changement institutionnel. Il postule pour le leadership qui permet de développer une stratégie et une pensée créative.

En résumé, la question dans le lien entre psychanalyse et gestion se situe dans le fait que la psychanalyse ne peut pas soigner l'institution, et que le processus ressort du management et non du soin. Cependant, le soin en référence à la psychanalyse – comme à d'autres références - impacte le mode de gestion intentionnelle comme nous l'avons relevé.

Partant du constat que la philosophie des soins influence les modes de gestion, nous nous retrouvons dans une impasse avec d'un côté l'illusoire utilisation par les managers des concepts cliniques pour la gestion, et de l'autre, l'illusoire tentative des cliniciens de gérer l'institution comme la clinique. Entre ces deux tendances opposées, une voie intermédiaire peut être trouvée dans la recherche d'une *homologie* entre pratiques cliniques et pratiques de gestion entendue comme une, ou des caractéristiques, de certains éléments ou ensembles qui sont semblables, qui présentent une parenté, des points de concordance, de proximité ou de logiques analogues, ou encore, qui sont à l'image de l'autre. En effet, l'homologie laisse chacun dans son champ sans les confondre sur l'objet de leur action et permet l'indispensable dialogue pour faire-ensemble. Elle devrait favoriser leur rencontre et leur indispensable articulation nécessaire à la conduite d'établissements. C'est précisément l'un des sujets que nous développerons dans la 2^{ème} partie de ce travail.

⁴⁶ Kernberg O. *Le divan à la mer : la psychanalyse des organisations*, Revue Française de Psychanalyse, vol. 4, 2006, p. 919

2. Posture épistémologique et choix méthodologiques

2.1. Une recherche issue d'un long cheminement

Notre intérêt pour l'histoire et la philosophie de soins de cet établissement n'est pas nouveau et n'est pas né de ce travail de recherche. Il s'enracine dans notre rapport et notre histoire avec cette institution. En effet, nos liens avec cette institution sont anciens. Déjà étudiants en soins infirmiers, nous avons visité en 1979 la « clinique de Nant » dans son nouveau bâtiment hospitalier fraîchement mis en service. Il nous avait plu, mais ce qui nous avait le plus séduits était l'infirmier-chef, M. Jean Claude Monney, qui incarnait la philosophie de soins. Il y avait quelque chose de neuf, de vivant, d'évident en même temps et également de très attirant dans la manière de concevoir les soins et de pratiquer la clinique. La taille de l'établissement et la volonté des responsables d'être présents permettaient des liens assez proches entre cadres et subordonnés dans le quotidien. L'infirmier-chef n'avait pas fui la clinique, comme la très grande majorité de ses collègues cadres supérieurs, au contraire, il en était le praticien expert, et, de ce point de vue, il était un marginal (sécant). Ainsi, comme son collègue directeur médical, il montrait la pratique clinique, s'exposait comme les autres soignants aux difficultés du quotidien, et ne se posait pas en seul évaluateur, mais également en formateur qui présentait « la voie » de la politique de soins de l'établissement et la traduction de ses valeurs au quotidien. Bref, il en était l'incarnation.

En 1983, au troisième essai, nous avons fini par être engagés à la Fondation de Nant. Nous avons connu trois des fondateurs vieillissants : M^{me} et M. Monney ainsi que Mme Oehninger. La clinique de cette institution nous a d'emblée plu, nous étions en phase avec nos valeurs, notamment la dimension relationnelle, et le peu de concepts psychanalytiques que nous connaissions mais qui nous parlaient. Le plus marquant était que, ce qui nous semblait relever d'une évidence dans la pratique quotidienne du soin psychiatrique, mais qu'il est difficile de conceptualiser, trouvait à Nant son sens dans un cadre conceptuel psychodynamique clair et explicite. Ce fut une découverte passionnante qui nous ouvrait des perspectives que nous souhaitions saisir et dans lesquelles nous avions envie de nous investir.

Quelques personnes ont été marquantes, à commencer par le Dr C. Miéville ou M^{me} M. G. Sorrentino, psychothérapeute spécialisée dans la thérapie des psychoses, mais le plus marquant reste M. J. C Monney. D'entrée de jeu, nous nous sommes très bien entendus,

voire complétés. Nos rapports pourraient être qualifiés de filiation professionnelle et de tels liens ne vont pas sans laisser de dettes. Si M. Monney a montré et fait la preuve par l'acte de sa conception des soins et de son extraordinaire compétence clinique, il n'était pas gourmand des tribunes de congrès. Homme de coulisse, il soutenait qui pouvait, lui semblait-il, mieux que lui, dire et expliciter ce qui sous-tendait sa talentueuse manière de soigner. Nous croyons être de ceux-là et nous sentons un devoir filial de dire quelque chose de la singularité de cette institution.

A partir de ce lien personnel avec les responsables de Nant d'une part, mais aussi d'interrogations personnelles (ou institutionnelles que nous portons) et enfin de la conviction d'avoir quelque chose à découvrir/construire ainsi que ce « devoir filial » de le réaliser, nous avons progressivement élaboré un projet de recherche. Cette élaboration fut longue et, après coup, nous constatons qu'elle remonte déjà au premier travail de gestion que nous avons réalisé sur la politique de soins de la Fondation de Nant en 1987 qui avait fait l'objet d'une publication⁴⁷. Vingt ans plus tard, nous poursuivons notre réflexion dans notre mémoire de Master 2 en management des organisations sanitaires sur la question de l'homologie entre clinique et gestion comme facteur de performance. À partir de là, le cheminement a encore été long et sinueux pour circonscrire notre objet de recherche.

« L'objet de recherche ou encore « research topic » tient dans la question générale « qu'est-ce que je cherche ? ». Quivy et Campenhoudt s'expriment aussi plus classiquement sous le terme de problématique. ⁴⁸ » Ainsi, nous allons parler de manière indifférenciée d'objet de recherche ou de problématique vu qu'il s'agit de la même notion. Il s'agit d'«... élaborer une manière spécifique d'envisager un problème et à proposer les lignes de force de la réponse à la question de départ ⁴⁹ ». La problématique permet de situer l'étude dans son contexte historique et social, et explicite ce qui est recherché, c'est-à-dire l'objet concret de recherche, et de quelle manière et avec quelles approches théoriques. La recherche porte sur les causes « au sens large comme principe de production du phénomène que

⁴⁷ Daetwyler A. Panchaud R. *Une conception personnalisée des soins*, Krankenpflege - Soins infirmiers, 5, 1987, pp. 80-82.

⁴⁸ Gavard-Perret M. L. *Méthodologie de la recherche*, Pearson Education, Paris, 2008, p. 49

⁴⁹ Quivy R. Campenhoudt L. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod 2^{ème} éd. Paris, 1995, p. 88

*recherche l'explication*⁵⁰ ». Selon Berthelot⁵¹, il existe trois approches complémentaires pour appréhender la recherche de causalité dans la recherche en sciences sociales ; elles mettent l'accent soit sur la structure du phénomène étudié, soit sur une réalité construite par l'action humaine, soit encore sur l'expression d'un sens à découvrir. La problématique, ou objet de recherche, permet de donner une orientation, une cohérence, de situer le potentiel de découverte et une structure à la recherche.

La définition de l'objet de recherche est capitale puisque « *C'est au travers de l'objet que le chercheur interroge les aspects de la réalité qu'il souhaite découvrir*⁵² ». Mais cet objet ne se donne pas d'emblée et exige une réflexion prospective assez longue, faite de pistes à exploiter puis, quelques fois, et douloureusement, à abandonner. Cette dynamique est bien connue dans les thérapies psychiques ; elle se révèle notamment dans les supervisions cliniques dans lesquelles, à l'intérieur d'un cadre global, le chemin se fait en cours de route, se construit progressivement en vertu du matériel qui se fait jour dans les séances et du sens qu'il prend. Ce processus est très évident au départ d'une recherche mais reste actif tout au long de la recherche. « *L'objet émane de l'intérêt du chercheur pour un phénomène et se précise à mesure que sa compréhension... se développe. Ce n'est que lorsque le chercheur aura développé une interprétation du phénomène étudié qu'il pourra véritablement définir les termes de son objet.*⁵³ » Notre objet de recherche s'est modifié constamment au fil de l'évolution de notre réflexion. Selon Thietart, le terme définitif aboutira avec la fin de la recherche. Le schéma ci-dessous⁵⁴ illustre le processus (Figure 1)

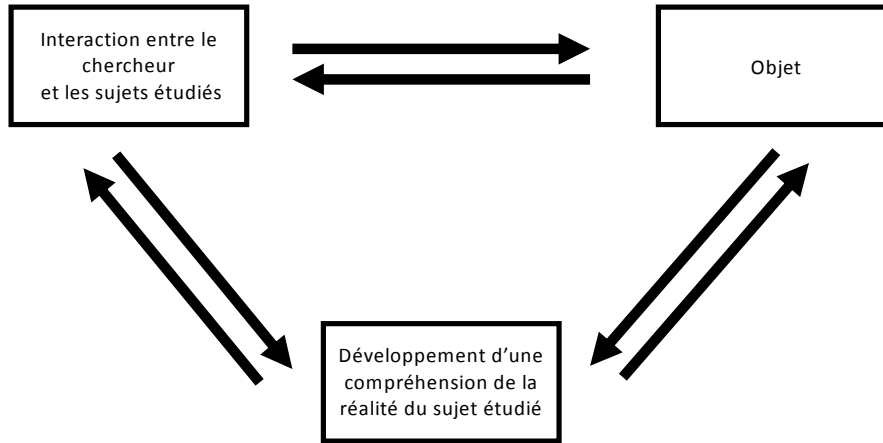
⁵⁰ Quivy R. Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod 2^{ème} éd. Paris, 1995, p. 96

⁵¹ Berthelot J. M Cité In Quivy R. Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod 2^{ème} éd. Paris, 1995, p. 97

⁵² Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 35

⁵³ Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 43

⁵⁴ Ibid.

Figure 1 : Construction de l'objet de recherche dans une approche constructiviste

C'est donc à partir du questionnement que suscitent ces présupposées particularités mentionnées plus haut que nous avons construit notre objet de recherche. Il démarre avec la conviction que ces particularités existent véritablement et qu'il y a quelque chose à trouver, à construire et à exploiter. L'objet de notre recherche est une intention de comprendre et d'expliquer. Il s'est élaboré progressivement à partir de données plutôt vagues et couvrant un très large champ : d'une histoire institutionnelle qui permet de nombreuses pistes de recherches à une culture d'entreprise qui n'en ouvre pas moins... C'est sur ce vaste « terrain » que nous avons commencé l'élaboration de notre objet de recherche.

La conviction que quelque chose de particulier se joue à la Fondation de Nant, de toute évidence, ne suffit pas à construire un objet de recherche. Partie de ces deux axes, histoire et culture institutionnelle, la construction de l'objet de recherche s'est délimitée petit à petit par un processus d'aller et retour entre objet et sa mise au travail avec le matériau à disposition sans véritable mode d'emploi, si ce n'est de correspondre à l'intention de la recherche. Il y a un « *équilibre à trouver entre un objet trop large, impossible à étudier, et un objet trop restreint fermant des opportunités d'étude*⁵⁵ » difficile à trouver. Souvent, les pistes suivies n'aboutissaient pas et donnaient le sentiment de se fourvoyer parce qu'elles ne permettaient pas de circonscrire un objet de recherche couvrant notre intention ou s'ouvraient à d'autres sujets. L'objet de recherche était systématiquement remis en question, soit par une trouvaille — par exemple nous sommes passés de la culture d'entreprise aux valeurs puis à la contingence en vertu des données —, soit par le résultat

⁵⁵ Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 53

de nouvelles analyses. Il manquait une idée fédératrice d'un ensemble de thématiques qui nous semblaient pertinentes mais jamais complètes ou complètement satisfaisantes.

Ainsi, l'objet s'est précisé progressivement au fil de l'exploration de divers sujets qui ont gagné ou perdu en pertinence. Nous sommes partis avec l'intention de travailler sur l'histoire de l'établissement, puis plus précisément sur la culture institutionnelle et sa construction historique avec ses mythes fondateurs. Mais le sujet nous semblait trop vague et ne pas répondre à l'intention de recherche. Nous avons également exploré l'idée de rechercher les modes opératoires passés et présents de la Fondation de Nant. Nous nous sommes aussi interrogés sur l'influence du protestantisme dans la naissance et l'évolution de l'institution. Les questions du faire-ensemble et de l'homologie entre les approches cliniques et managériales ont aussi été questionnées comme objet de recherche, notamment les liens entre philosophie de soins, basée sur des concepts psychanalytiques, et gestion, sans nous satisfaire sur un objet capable de rassembler ces différents axes qui nous semblent pourtant pertinents. Finalement, et après avoir reconstruit et exploré l'histoire linéaire de la Fondation de Nant, nous être intéressés à la culture institutionnelle, à l'influence du protestantisme en lien avec l'entrepreneuriat, aux modes opératoires de l'établissement, à l'homologie entre gestion et clinique, à l'action collective, en considérant que chaque sujet avait quelque chose à dire, nous nous sommes arrêtés à la question de l'adaptation et de la « survie » de notre établissement dont le résultat est sa pérennité. Pour nous, la pérennité recouvre plusieurs dimensions : comme nous venons de le signaler, celle d'un résultat mais également du processus qui amène à ce résultat. Nous considérons donc qu'il y a autant du processus que du résultat dans le terme de pérennité. Ces thématiques nous sont apparues comme centrales, pouvant répondre à notre intention et rallier comme colonne vertébrale les différents sujets abordés.

2.2. Une méthode en lien avec son objet

G. Koenig⁵⁶ soutient que des recherches sur les organisations concernant les mêmes thématiques avec des méthodes similaires aboutissent à des résultats différents, voire contradictoires et difficiles à comparer. Cette situation proviendrait d'après cet auteur de la différence des définitions des concepts et de leur opérationnalisation. «... *la diversité*

⁵⁶ Koenig G. *Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles*, Revue de gestion des ressources humaines, N° 9, novembre 1993, pp. 4-17

*des paradigmes permet aujourd'hui de disposer d'une variété d'approches qui, chacune à leur manière, sont en mesure de rendre compte de certains aspects des réalités complexes auxquelles s'intéressent les sciences des organisations.*⁵⁷ » L'enjeu est de construire une méthode cohérente avec notre objet et notre projet de recherche : comprendre quels sont les facteurs notamment organisationnels qui expliquent la pérennité d'une organisation sanitaire ? Comme nous verrons plus loin, l'homologie entre clinique et gestion qui constitue l'un des fondements de cette pérennité, a également influencé les choix méthodologiques que nous avons opérés. D'entrée de jeu, nous souhaitons une méthode qui montre une proximité, une certaine parenté avec la clinique psychiatrique. En effet, cette proximité devrait permettre un rapprochement facilitateur pour faire dialoguer ces deux domaines, pratiques de gestion et pratiques cliniques, puisque le sujet de cette thèse porte sur le management d'une organisation de santé mentale.

La réalisation d'un tel projet requiert une analyse fine des rouages de l'histoire d'une organisation, une connaissance intime de son fonctionnement. Cette exigence justifie la centration de notre travail sur un cas unique, celui de la Fondation de Nantes. Pour ce faire, nous nous référerons à la méthode de recherche idiographique⁵⁸ qui propose une méthode adaptée à l'étude d'un seul cas. La recherche en management est souvent réalisée à partir d'un seul cas, et ce mode de faire ouvre des perspectives différentes des autres méthodes de recherche. « *Les études de cas constituent une voie privilégiée d'investigation en ce qu'elles autorisent des analyses fines en termes de processus et qu'elles permettent d'aboutir à des modèles théoriques à la fois plus intégrateurs et dont la portée réelle peut être mieux cernée.* »⁵⁹ Notre recherche n'est donc pas marginale de ce point de vue. La méthode plus habituelle repose sur l'étude de plusieurs cas pour en faire des comparaisons avec une grille théorique adaptée à la problématique afin d'en tirer des conclusions. Dans la recherche idiographique, l'emprunt d'autres domaines théoriques peut s'avérer pertinent⁶⁰. Plutôt que de construire une recherche à partir d'un échantillonnage de cas, il s'agit de faire jouer un échantillonnage théorique, c'est-à-dire

⁵⁷ Koenig G. *Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles*, Revue de gestion des ressources humaines, N° 9, novembre 1993, p. 5

⁵⁸ La Ville V.- I. *La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ?* Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N° 3, septembre 2000, p. 79

⁵⁹ La Ville V.- I. *La recherche idiographique en mangement stratégique : une pratique en quête de méthode ?* Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N° 3, septembre 2000, p. 74

⁶⁰ La Ville V.- I. *La recherche idiographique en mangement stratégique : une pratique en quête de méthode ?* Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N° 3, septembre 2000, p. 91

de multiplier les concepts et les croiser dans l'analyse de cas. C'est dans cette perspective que, dans cette recherche, le concept de pérennité organisationnelle est mobilisé comme élément central et organisateur d'autres concepts tels que l'homologie et l'interstice. Son but est de révéler une histoire particulière pour souligner les conditions de son développement et mettre en évidence à quels moments la Fondation de Nant aurait pu bifurquer vers d'autres horizons.

Ce positionnement nous intéresse particulièrement compte tenu du fait que notre métier de soignant va favoriser ces « emprunts » à d'autres domaines que celui de la gestion, et notamment à celui de la clinique psychodynamique, et permettre de construire des homologies entre clinique et management. Une des conclusions d'une enquête réalisée en 2006 sur de grandes entreprises va dans le même sens : « *Un collaborateur cultivé est à même de faire ce « pas de côté » qui lui permet, en raisonnant par analogie avec des situations très différentes dans le temps et l'espace, de parvenir à une compréhension plus fine des phénomènes complexes.* ⁶¹ »

Mintzberg est acquis à cette modalité de recherche sur un cas unique. Il estime que les recherches portant sur un grand nombre d'organisations ont le désavantage de rester superficielles alors qu'un seul cas « oblige » à aller plus en profondeur. Dans ce sens, il a proposé deux étapes pour sa mise en place : « *le travail de détective* » et « *le saut créatif* »⁶². Le « *travail de détective* » est à comprendre comme une démarche d'investigation fouillée qui doit permettre de dénouer une intrigue qui pourrait être la question de recherche. Cette notion d'intrigue est défendue par P. Veyne comme méthode de construction de l'histoire⁶³. La partie historique de notre travail en constitue une première étape. Le « *saut créatif* » consiste à trouver des correspondances entre les données et la théorie ; pour lui, ce saut semble être plus important que dans une recherche inductive « classique ». Ce type de recherche est également appelé recherche exploratoire. Mintzberg propose de la

⁶¹ Audencia, ESSEC et INSEEC. Enquête publiée par les échos et l'Institut de l'entreprise. Cité par Dupuy F. *La faillite de la pensée managériale*, Ed. du seuil, Paris, 2015, p. 22

⁶² Mintzberg H. *An emerging strategy of « Direct research »*, Administrative Science Quarterly, Vol 24 december 1979, p. 284

⁶³ Veyne P. *Comment on écrit l'histoire*, Seuil, Paris, 1971 In http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/veyne_paul/comment_ecrit_histoire/comment_ecrit_histoire_texte.html consulté le 17 janvier 2015

nommer « *recherche directe*⁶⁴ ». Il fait aussi une place tant à l'anecdotique qui permet de construire les aspects théoriques qu'à l'histoire et l'intuition : « *De plus en plus dans nos recherches, nous sommes impressionnés par l'importance du phénomène qui ne peut pas être mesuré - par l'impact de l'histoire de l'organisation et son idéologie sur la stratégie courante, par le rôle que la personnalité et l'intuition jouent dans la prise de décision.*⁶⁵ »

2.3. Une méthode abductive

L'exploration d'un contexte appelle à la logique inductive, souvent considérée comme la méthode qui semble le mieux convenir à une exploration⁶⁶. Comme le souligne R. Thietart, « *explorer en management consiste à découvrir ou approfondir une structure ou un fonctionnement pour servir deux objectifs : la recherche de l'explication (et de la prédiction) et la recherche d'une compréhension. Explorer répond à l'intention initiale du chercheur de proposer des résultats théoriques novateurs, c'est-à-dire de créer de nouvelles articulations théoriques entre concepts et/ou d'intégrer de nouveaux concepts dans un champ théorique donné.*⁶⁷ » Cette définition correspond précisément à notre intention avec l'objectif de généraliser à partir du cas particulier.

Cependant cette exploration se fait également par abduction. « *En sciences sociales, l'objectif n'est pas réellement de produire des lois universelles mais plutôt de proposer de nouvelles conceptualisations théoriques valides et robustes, rigoureusement élaborées. On dit alors que le chercheur procède par abduction ou par adduction.*⁶⁸ » Ce type de raisonnement correspond précisément à la recherche idiographique comme mode d'élaboration pour échafauder des scénarii hypothétiques qu'il faut ensuite vérifier. « *... l'abduction lui confère un statut explicatif ou compréhensif qui, pour tendre vers la règle ou la loi, nécessite d'être testé ensuite.*⁶⁹ » Cette démarche correspond très bien à la recherche

⁶⁴ Mintzberg H. *An emerging strategy of « Direct research »*, Administrative Science Quarterly, Vol 24 december 1979, p. 289

⁶⁵ Mintzberg H. *An emerging strategy of « Direct research »*, Administrative Science Quarterly, Vol 24 december 1979, p. 287-8 (traduction libre)

⁶⁶ Charreire Petit S. Durieux F. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 59

⁶⁷ Charreire Petit S. Durieux F. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 59-60

⁶⁸ Charreire Petit S. Durieux F. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 61

⁶⁹ Charreire Petit S. Durieux F. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 62

de sens dans une étude de cas et semble être « la voie royale » pour trouver de nouvelles hypothèses. Comme ce ne sont que des hypothèses, elles devront être testées pour gagner en validité. «... *l'abduction semble être la notion qui rend le mieux compte de la démarche créative caractérisant la recherche idiographique.*⁷⁰ » Suivant cette logique, notre travail s'est construit avec de constants allers et retours entre théories, hypothèses de compréhension et terrain.

Cette manière de faire nous a amené à accumuler et manipuler un matériel très important et parfois difficile à appréhender dans toute sa singularité et sa complexité. L'accès facilité à l'information qui caractérise nos sociétés modernes est marqué par l'incertitude, la simultanéité et la multidimensionnalité, et nécessite de pouvoir penser autrement en faisant appel à des sources incertaines⁷¹. Ce positionnement ne s'oppose pas à la déduction mais se trouve dans un rapport de complémentarité. Ainsi, l'abduction « *guide l'induction, elle est un moment préalable à l'induction*⁷² ». Elle permet de saisir ce qui se présente de manière inattendue, elle permet donc de sortir des chemins tracés pour s'ouvrir à d'autres possibles. L'abduction fait la part belle à l'intuition, l'étonnement et l'imagination, elle permet de normaliser un fait surprenant, ce qui renvoie à l'anecdotique dont parle Mintzberg. Elle renvoie à un contexte, une culture. « *L'abduction désigne une forme de raisonnement qui permet d'expliquer un phénomène ou une observation à partir de certains faits. C'est la recherche des causes, ou d'une hypothèse explicative.*⁷³ » C'est dans cet esprit que nous avons cheminé avec notre directeur de recherche, nos lectures et nos réflexions.

L'abduction se conjugue avec la sérendipité, terme que l'on doit à Horace Walpole en 1754 et défini comme le fait de « *Découvrir, par hasard et sagacité, des choses qu'on ne cherche pas*⁷⁴ ». « *La sérendipité est effective à partir du moment où, cherchant quelque chose et ayant trouvé autre chose, on reconnaît que ce qu'on a trouvé est plus intéressant ou a plus*

⁷⁰ La Ville V.- I. *La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ?* Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N° 3, septembre 2000, p. 80

⁷¹ Catellin S. *L'abduction, une pratique de la découverte scientifique et littéraire*, HERMES 39, 2004, p.179

⁷² Catellin S. *Sérendipité, abduction et recherche sur internet*, In Emergences et continuité dans les recherches en information et communication, Actes du XII^{ème} congrès national des sciences de l'information et de la communication, UNESCO (Paris) du 10 au 13 janvier 2001, pp 361-367

⁷³ Catellin S. *L'abduction, une pratique de la découverte scientifique et littéraire*, HERMES 39, 2004, p.180

⁷⁴ Catellin S. *Sérendipité, abduction et recherche sur internet*, In Emergences et continuité dans les recherches en information et communication, Actes du XII^{ème} congrès national des sciences de l'information et de la communication, UNESCO (Paris) du 10 au 13 janvier 2001, p. 361

*d'importance que ce qu'on cherchait.*⁷⁵ » C'est en quelque sorte de cette manière que nous sommes arrivés à la pérennité. Comme un clin d'œil à l'objet de cette thèse, il est intéressant de souligner que cette méthode a une parenté avec la méthode psychanalytique qui utilise le mode associatif pour révéler des problématiques et élaborer des hypothèses à vérifier dans la clinique ou découvrir un sens caché, inconscient. Il existe d'entrée de jeu une certaine homologie entre la méthode idiographique utilisant l'abduction et la méthode psychanalytique.

S'il existe une homologie entre méthode psychanalytique et abduction, cette dernière ne se décline pas forcément de la même manière. Loin du divan de l'analyste, de son cadre et de la règle de la libre association, l'abduction dans cette recherche s'est concrétisée sous plusieurs autres formes : d'abord, par les analogies, les parentés ou les associations qu'il est possible de faire entre les éléments historiques, les modes organisationnels et des concepts explicatifs, ensuite par les entretiens réguliers avec le directeur de recherche ainsi que par les interviews formelles et informelles des collaborateurs, et enfin avec les nombreuses lectures.

Ainsi, nous nous acheminons vers une connaissance qui s'appuie sur la compréhension des acteurs dans un contexte précis. Ce type de recherche nous rapproche du paradigme épistémologique interprétativiste. On reconnaît communément trois paradigmes épistémologiques : le positiviste, le constructiviste et l'interprétativiste. «... *le projet du positivisme est d'expliquer la réalité, pour l'interprétativisme ce sera avant tout de la comprendre et pour le constructivisme, il s'agira essentiellement de la construire.*⁷⁶ »

⁷⁵ Catellin S. *Sérendipité, abduction et recherche sur internet...* p, 365

⁷⁶ Perret V. Séville M. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 14

Tableau 1 - Positions épistémologiques des paradigmes positiviste, interprétativiste et constructiviste [d'après V. Perret et M. Séville⁷⁷]

Les paradigmes / Les questions épistémologiques	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
<i>Quel est le statut de la connaissance ?</i>	Hypothèse réaliste Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical)	
<i>La nature de la « réalité »</i>	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe Le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités	
<i>Comment la connaissance est-elle engendrée ?</i> <i>Le chemin de la connaissance scientifique</i>	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes... » Statut privilégié de l'explication	L'interprétation Recherche formulée en termes de « pour quelles motivations des acteurs... » Statut privilégié de la compréhension	La construction Recherche formulée en termes de « pour quelles finalités... » Statut privilégié de la construction
<i>Quelle est la valeur de la connaissance ?</i> <i>Les critères de validité</i>	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idiographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Adéquation Enseignabilité

Nous sommes à l'opposé d'un projet positiviste qui considère la réalité comme extérieure au chercheur, acontextuelle et possédant une essence propre dans une perspective objective. « *La connaissance au sens objectif est une connaissance sans connaisseur ; c'est une connaissance sans sujet connaissant* ⁷⁸ ». Nous sommes dans un contexte défini et dans une interaction personnelle avec notre objet de recherche et ses acteurs. Y. Giordano considère qu'il faut deux éléments pour une recherche interprétativiste : que l'objet soit une construction mentale et que le chercheur vise à comprendre le sens que donnent les acteurs à leur action. Ainsi, « *... deux subjectivités s'entrecroisent : celle du chercheur et celle des acteurs. Le chercheur n'est pas extérieur pour comprendre mais entre en relation au sein*

⁷⁷ PERRET V. et SÉVILLE M. (2003), "Fondements épistémologiques de la recherche", in *Raymond-Alain Thiétart, Méthodes de recherche en management*, Paris: Dunod, pp. 13-33.

⁷⁸ Popper K. R. In Thiétart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 17

*du cercle herméneutique : il fait partie de la réalité qu'il cherche à étudier et ne peut se situer en dehors du processus interprétatif*⁷⁹ ».

Le paradigme épistémologique interprétativiste est proche du constructivisme. Malgré son apparent caractère récent, ce dernier semble avoir de très anciennes racines. J. L. Lemoigne⁸⁰ en fait l'historique et montre que Léonard de Vinci, Montaigne et Pascal opéraient dans ce registre. Il considère que nous devons à J. Piaget d'avoir mis, ou remis, au goût du jour cette approche qui se nommait parfois « intuitionnisme » et avant lui P. Valéry qui « *rédigera peut-être une sorte de « manifeste » des épistémologies constructivistes contemporaine...* »⁸¹. G. Bachelard a également joué un rôle significatif dans la naissance de l'épistémologie constructiviste en parlant « *d'épistémologie non cartésienne* » pour l'élaboration des connaissances scientifiques : « *Rien n'est donné. Tout est construit...* »⁸² écrit-il. L'interprétativisme s'inscrit dans cette ligne.

Ainsi, pour les interprétativistes, « *... cette réalité ne sera jamais indépendante de l'esprit, de la conscience de celui qui l'observe ou l'expérimente* »⁸³. Il existe donc un rapport d'interdépendance entre chercheur et objet de recherche dans lequel l'objectivité n'est pas recherchée mais plutôt la quête de sens. La réalité est appréhendée par l'expérience qu'en fait le chercheur dans des hypothèses relativistes. « *L'hypothèse relativiste suppose de considérer les choses comme des phénomènes. Un phénomène est le mode d'apparition interne des choses dans la conscience. Il n'y a donc pas de connaissance objective de la réalité.* »⁸⁴

Nous étudions en situation dans un contexte précis en prenant en compte ses dimensions historiques, ainsi notre recherche peut être qualifiée d'idiographique dont les critères de validité sont l'étude en profondeur d'un cas unique et également « *les capacités d'empathie que développe le chercheur* »⁸⁵. À ce titre et de notre place au sein de celle-ci, nous

⁷⁹ Giordano Y. Jolibert A. *Spécifier l'objet de recherche*, In Gavard-Perret M. L. *Méthode de la recherche*, Paerson Education, Paris, 2008, p.74

⁸⁰ Lemoigne J. L. *Les épistémologies constructivistes*, PUF, Que sais-je ? Paris, 4^{ème} éd. 2012

⁸¹ Lemoigne J. L. *Les épistémologies constructivistes*, PUF, Que sais-je ? Paris, 4^{ème} éd. 2012, p. 49

⁸² Bachelard G. cité In Lemoigne J. L. *Les épistémologies constructivistes*, PUF, Que sais-je ? Paris, 4^{ème} éd. 2012, p. 59

⁸³ Perret V. Séville M. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 19

⁸⁴ Perret V. Séville M. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 19

⁸⁵ Perret V. Séville M. In Thietart R. et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2007, p. 29

considérons que nous sommes bien placé compte tenu de notre rapport à l'institution pour développer de l'empathie. Par ailleurs, nous signalons encore une fois la parenté avec la clinique qui appelle à beaucoup d'empathie dans sa pratique. Cette approche de la réalité conditionne les choix opérés des méthodes d'investigation. En effet, elle privilégie une proximité intime avec le terrain à laquelle se prête bien l'étude de cas d'une part et la position de participant observateur, d'autre part.

2.4. Une participation observante

Comme nous l'avons dit, nous sommes engagés à la Fondation de Nant depuis 1983 et y travaillons encore aujourd'hui. Employé d'abord comme infirmier dans différentes unités de soins, puis à différents postes de responsable, nous occupons actuellement celui de directeur des soins. Notre implication dans l'institution est donc très importante et c'est à partir de cette position que cette recherche se construit. Cette position d'« insider » conditionne en partie la méthode de recherche. Avant d'engager ce travail, nous sommes en priorité un participant qui s'est « constitué » dans un deuxième temps comme observateur chercheur. Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une méthode d'observateur participant. Cependant, si nous pouvons préciser le type d'observation, dans notre cas, nous proposerions le type « *participant qui observe* » puisque nous étions dans l'établissement avant d'engager la recherche et y restons employés. Le participant qui observe se définit comme celui « *qui participe aux activités du groupe étudié au même titre que les autres membres, en ayant dévoilé son identité de chercheur.* ⁸⁶ »

Cette position nous permet une lecture approfondie et historique de l'intérieur avec le danger d'être trop impliqué. Cependant, plusieurs leviers contribuent à contrebalancer ce risque des effets de notre surimplication. Comme nous l'avons relevé plus haut, notre approche sera complétée par d'autres apports documentaires, théoriques et les résultats d'analyse d'entretiens. Le regard critique et les échanges réguliers avec le directeur de thèse participent à cette prise de distance qui, par ailleurs, est bien connue des milieux soignants psychiatriques dans lesquels elle est indispensable et cultivée au quotidien. C'est donc en terrain connu, même si ce n'est pas le même objet, que nous cultivons une certaine prise de distance.

⁸⁶ Junker B. *Field Work Chicago* : University of Chicago Press, 1960

Cette méthode de participant observateur est en phase avec notre objet de recherche. « *L'observation participante de type ethnologique est assez logiquement celle qui répond globalement le mieux aux préoccupations habituelles des chercheurs en sciences sociales.* ⁸⁷ » Cette méthode permet notamment l'accès au non verbal, aux pratiques informelles⁸⁸ et à la culture de l'organisation. O. Aktouf, en réaction aux positions d'A. Kaplan ⁸⁹, pose la méthode de l'observation participante à l'opposé de celle des positivistes qui prônent les causalités linéaires et la mesure comme seule méthode « scientifique ». Il considère l'étude du travail humain comme celle de « *l'être-en-acte* ». À l'instar de l'existentialisme, de la phénoménologie et de l'antipsychiatrie, il s'inscrit contre la réification de l'homme issue de la science positive « *L'homme a été séparé de son acte et l'acte de son essence humaine... C'est bien sûr tout naturellement que nous nous tournons vers l'observation participante, méthodologie par excellence de l'anthropologie.* ⁹⁰ »

La méthode de l'observation participante, introduite par l'anthropologue B. Malinowski « *être indigène parmi les indigènes* », réhabilite l'homme comme sujet et acteur historique qui n'est pas détaché de ses rapports sociaux ni de ses symboles. « *Selon Platt (1983), c'est vers la fin des années 1930 que l'expression « observation participante » semble faire son entrée dans son acception actuelle, en tant que technique de recherche dans laquelle le sociologue observe une collectivité sociale dont il est lui-même membre.* ⁹¹ » Cette technique est issue de l'ethnographie en considérant l'organisation comme un espace de socialisation de « *l'homme-en-production* » à l'instar des « *séjours anthropologiques* » dans d'autres contextes culturels. Il s'agit de « *rendre compte de l'intérieur des phénomènes observés* ⁹² ». Pour G. Jacobs « *c'est le seul vrai moyen de pénétrer le sens des phénomènes observés, de faire vraiment parler les données et d'être capable de mettre beaucoup plus*

⁸⁷ Quivy R. Campenhoudt L. V. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod 2^{ème} éd. Paris, 1995, p. 200

⁸⁸ Avril C. et coll. *Enquête sur le travail social, concepts, méthodes, récits*, Ed. La Découverte, Paris, 2010, p. 42

⁸⁹ Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 245

⁹⁰ Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 244 et 250

⁹¹ Soulé B. *Observation participante ou participation observante, usage et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*, Recherche qualitatives – Vol 27 (1), 2007, p 127

⁹² Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 248

qu'avec toute autre méthode de la « signification » dans les informations dont on fait état⁹³ ».

Ce positionnement apporte un point de vue très riche mais, cependant, sans en ôter la valeur, il faut prendre en compte deux particularités que présente la méthode. L'observateur ne peut ni être neutre, ni ne pas influencer son terrain d'observation. «... nous considérons le rapport du sociologue à son objet comme un rapport de réciprocité. L'enquêteur ne peut jamais être « hors d'un groupe que dans la mesure où il est « dans » un autre.⁹⁴ » Atkouf y voit un avantage pour remettre l'humain au centre des préoccupations : « Les « sciences objectives » passent « à côté » en effet, car ce qui est porteur de signification dans une situation humaine est d'abord et surtout d'ordre symbolique et représentationnel. »

La méthode de l'observation participante semble ne pas avoir de définition « complète et satisfaisante⁹⁵ ». Cependant, S. T. Bruyn la résume avec trois axiomes :

- Partager la vie, les activités et les sentiments dans une relation de face-à-face
- Positionner l'observateur comme un élément normal dans la vie des personnes observées
- Considérer l'observateur en tant que reflet au sein du groupe observé du processus social de la vie du groupe en question.

Friedrich et Ludtke y voient l'avantage d'éviter les décalages entre discours et comportement réel, d'éviter les problèmes liés à la limite des capacités de verbalisation des acteurs et de mettre en évidence certains phénomènes inconscients. « *c'est le seul vrai moyen de pénétrer le sens des phénomènes observés, de faire vraiment parler les données et d'être capable de mettre beaucoup plus qu'avec toute autre méthode de la « signification » dans les informations dont on fait état.*⁹⁶ » Ces auteurs mettent également en garde contre le danger des perceptions sélectives et de l'interinfluence. Ce danger pourrait être évité,

⁹³ Jacobs G. cité In Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 253

⁹⁴ Sartres J. P. *Questions de méthode*, Paris, Gallimard, 1976 cité par Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 243

⁹⁵ Bruyn S.T. cité In Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 252

⁹⁶ Friedrich J. Ludtke H. cité In Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 253

ou tout au moins diminuer, en complétant les données par d'autres sources, d'autres éléments apportés par d'autres méthodes, telles que recherches documentaires, entretiens et position tiers du directeur de recherche et autres interlocuteurs académiques. C'est précisément dans ce sens que nous avons travaillé.

Un autre aspect à relever dans la méthode de l'observation participante est l'utilisation de la personne observante comme instrument de recherche. En effet, le « chercheur » s'implique forcément à sa manière et perçoit l'environnement dans lequel il évolue selon ses propres filtres et ses capacités d'élaboration. « *Un chercheur a des valeurs. Celles-ci l'accompagnent, et contribuent à son positionnement éthique et épistémologique.*⁹⁷ » De plus, Bouchard relève que « *L'enquête s'avère un processus nettement personnel où l'ethnographe s'utilise lui-même en tant qu'outil principal d'enregistrement*⁹⁸ ». Dans une recherche en sciences sociales et de nature interprétativiste, l'objectivité n'est pas de mise vu qu'il s'agit d'une construction subjective porteuse de sens et potentiellement généralisable. Là encore, il est important de relever que cette stratégie est également utilisée dans le soin psychique pour lequel le soignant « s'utilise » comme instrument de soin. Autrement dit, c'est grâce à sa personne, sa personnalité, son psychisme, ses ressources internes, dans le va-et-vient relationnel entre le patient et lui-même, que le matériel psychique va pouvoir être transformé. Il s'agit d'une homologie supplémentaire qui devrait permettre de mieux faire dialoguer ces deux mondes que sont la pratique de la gestion et la pratique clinique, et qui devrait faciliter leur cohabitation et leur indispensable collaboration.

Cette implication personnelle du chercheur en appelle une autre : celle des « observés ». L'idée est d'associer les personnes « observées » à la réflexion. Il s'agit d'obtenir leur adhésion au projet pour le nourrir des informations et réflexions pertinentes qu'ils pourraient fournir. Il y a là également une homologie avec la clinique pour laquelle le patient n'est pas l'objet passif de nos soins mais l'acteur-collaborateur de son projet thérapeutique.

⁹⁷ Baumard P. *Constructivisme et processus de recherche, l'émergence d'une « posture » épistémologique chez le chercheur*, art. présenté au colloque *Constructivisme et Sciences de Gestion*, IAE de Lille 23 oct. 1997, p. 6 1997 http://www.iaeaix.com/fileadmin/files/cerog/cv/baumard/pages/constructivisme_recherche.pdf

⁹⁸ Bouchard S. cité In Aktouf O. *La méthode de l'observation participante*, IN Chanlat A. Dufour M. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, les éditions d'organisation, Paris, 1985, p. 261

3. Le matériau

Partant de cette posture atypique de participant observateur, la compréhension des ressorts du fonctionnement pérenne de la Fondation mobilise deux méthodes, d'une part, une analyse documentaire portant sur les documents d'archives disponibles et d'autres documents relatifs à son histoire ou au contexte de la psychiatrie vaudoise, et d'autre part, des entretiens semi-directifs avec les acteurs du passé depuis la fin des années 1950 et certains acteurs actuels. « *Pour connaître le mode de fonctionnement d'une entreprise, il faudra, le plus souvent, interroger ceux qui en font partie, même si l'objet d'étude est constitué par l'entreprise elle-même et non par son personnel.*⁹⁹ »

Nous avons estimé utile de situer cette histoire particulière dans l'histoire générale de la psychiatrie. En effet, il est intéressant de constater combien, à certains égards, la Fondation de Nant est un condensé de l'histoire de la psychiatrie. De plus, il est instructif d'investiguer dans quels mouvements la Fondation suit l'histoire de la psychiatrie et desquels elle se distancie, ne serait-ce que pour renforcer le lien entre pratique clinique et pratique de gestion. L'histoire générale de la psychiatrie se réfère aux spécialistes de la question, ils sont nombreux.

Enfin, notre participation en qualité d'acteur et participant observateur depuis 1983 joue un rôle important dans ce travail comme « vu de l'intérieur », comme nous l'avons déjà mentionné plus haut. Les documents et certaines interviews ont constitué les deux sources de données pour l'élaboration de l'histoire de la Fondation jusqu'en 1983. Puis, ces deux sources sont complétées par celle de notre observation participante et ainsi elles se tisseront dans un dynamique complémentaire.

3.1. La construction historique

Pour mener une recherche idiographique, il est indispensable de se plonger dans l'histoire de l'établissement sur une période relativement longue¹⁰⁰. C'est pourquoi, nous avons reconstitué celle de la Fondation de Nant depuis sa création en 1943. Les institutionnalistes vont dans le même sens, la dimension historique est indispensable pour comprendre l'organisation dans son évolution. La démarche institutionnaliste

⁹⁹ Quivy R. Campenhoudt L. V. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod 3^{ème} éd. Paris, 2006, p. 148

¹⁰⁰ La Ville V.- I. *La recherche idiographique en mangement stratégique : une pratique en quête de méthode ?* Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N° 3, septembre 2000, p. 74

« considère l'étude des changements qui se sont opérés dans le passé comme condition de compréhension de la situation présente ¹⁰¹ ». La situation présente peut être comprise comme une dépendance des choix antérieurs, appelée « *path dependance* » selon le terme de D. C. North. « Les choix d'aujourd'hui et de demain sont modelés par ceux du passé. Et le passé ne peut être rendu intelligible qu'en tant qu'histoire de l'évolution institutionnelle. ¹⁰² » Notre premier travail a donc consisté en une écriture de l'histoire chronologique de la Fondation de Nant. Cette première version s'est attachée aux faits, aux choix et aux intentions des intervenants significatifs de l'établissement dont les traces se retrouvent dans les documents et complétés par les entretiens. Depuis 1983, notre engagement dans la Fondation nous a permis de compléter ce matériel par notre observation de l'intérieur.

Ce travail historique nous permet de donner du sens de là où nous sommes du point de vue temporel et de l'intention de notre recherche. Ce positionnement s'apparente à une interprétation. R. Boudon¹⁰³ soutient que l'interprétation en histoire permet d'ouvrir des possibles sur un cas unique. Il déclare que l'explication en histoire tend à démontrer qu'il n'y a qu'un possible et immuable alors que l'interprétation pose le sens comme un possible relatif qui rend compte du réel à partir du virtuel. « On ne peut s'arrêter à une interprétation unique et définitive. ¹⁰⁴ » Les liens de causalité font place au sens : «... la recherche incite l'historien à abandonner les questions causales et à adopter le modèle de la sociologie de l'action, celui qui vise à restituer les raisons pour lesquelles tel acteur a agi comme il l'a fait. ¹⁰⁵ » Ce travail du sens rencontre le paradigme épistémologique interprétativiste et il est un élément de plus qui favorise les liens avec la clinique psychanalytique qui est prioritairement intéressée par le sens, sens de la maladie, des symptômes et des interactions. De plus, nous verrons que la question du sens peut être un levier de la pérennité organisationnelle¹⁰⁶.

¹⁰¹ Bazzoli L. Dutraive V. *L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons*, Economie et Institutions, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 18

¹⁰² Hédoïn C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> p. 9

¹⁰³ Bourdon R. *L'historien doit-il expliquer ou interpréter ?* Analyse du SEDEIS, N° 85, janvier 1992, pp. 5-9

¹⁰⁴ Bourdon R. *L'historien doit-il expliquer ou interpréter ?* Analyse du SEDEIS, N° 85, janvier 1992, p. 5

¹⁰⁵ Bourdon R. *L'historien doit-il expliquer ou interpréter ?* Analyse du SEDEIS, N° 85, janvier 1992, p. 8

¹⁰⁶ Averseng C. *La réduction de l'équivocité organisationnelle comme facteur de pérennité ?* In Mignon S. coord. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, éd. EMS, Paris 1992, p. 118

A. M. Pettigrew¹⁰⁷ est très attentif au contexte et propose une attention particulière aux moments charnières de l'histoire qui sont souvent significatifs et permettent d'en tirer des régularités ; c'est pourquoi nous avons séquencé l'histoire de la Fondation en étapes pour mettre en évidence ces « charnières » et leur potentiel signifiant. Ces étapes sont faites d'un projet momentané, même s'il dure plusieurs années, qui conditionne l'établissement, son organisation et sa stratégie en vertu de cette intention : par exemple fonder un établissement pour les malades mentaux, prendre le mandat d'hôpital de secteur ou celui du secteur psychiatrique de l'Est vaudois tout entier. L'histoire montre très clairement que les orientations auraient pu être très différentes selon les choix opérés, à l'exemple de celui de prendre, ou pas, ce mandat d'hôpital de secteur, qui conduit dans deux directions totalement différentes.

Ce séquençage va dans le sens de la recherche idiographique qui n'appelle pas seulement à la reconstitution de l'histoire et des dynamiques aboutissant à l'état actuel, mais encore à proposer des hypothèses qui auraient changé le cours de l'histoire du cas unique comme le choix stratégique cité ci-dessus. Dans le même sens, une troisième version de l'histoire a été élaborée à partir de thématiques transverses telles que l'autonomie, la philosophie des soins, les valeurs, les modes du faire-ensemble (gouvernance) ou encore l'innovation. L'autonomie est une des valeurs de l'institution depuis sa création ; c'est une valeur qui a souvent dû être défendue au cours de son histoire. Les autres valeurs, et notamment les valeurs humanistes, restent très présentes mais ont dû se transformer pour perdurer. La philosophie de soins est un élément central de l'établissement car elle assure la cohérence, le sens clinique et conditionne la formation permanente des personnels. Là encore, à l'instar des valeurs humanistes, elle a dû se transformer pour persister, tout comme le faire-ensemble, qui a connu différents modes au cours de l'histoire. L'innovation est l'élément principal qui permet l'adaptation et la pérennisation d'une organisation. Nous y reviendrons, notamment dans la dynamique spécifique de la pérennité : garder son identité et la transformer en innovant.

¹⁰⁷ Pettigrew A. *Context and action in the transformation of the firm*, Journal of management studies, vol 24, N° 6, november 1987, pp. 649-670 In Koenig G. *Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles*, Revue de gestion des ressources humaines, N° 9, novembre 1993, p. 15

3.2. Les entretiens

Les entretiens viennent compléter l'observation et les éléments tirés des documents. Ils ont deux objectifs : pour une part, reconstituer l'histoire de l'institution, et pour l'autre, comprendre ses modes de fonctionnement. Ce mode de faire pose d'emblée et encore une fois une parenté avec le soin psychique dont la pratique de l'entretien constitue une large part. Par ailleurs, il semble que les racines de l'entretien de recherche proviennent de la clinique et notamment dans la perspective d'une relation authentique et le plus égalitaire possible¹⁰⁸.

L'objectif des interviews n'est pas uniquement de répondre à des questions mais également et, peut-être principalement, de faire émerger et capter les idées de son interlocuteur. « *L'art du clinicien consiste, non à faire répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer.*¹⁰⁹ » Pour ce faire, un rapport de confiance est nécessaire, et ce rapport ne devrait pas se situer dans un lien hiérarchisé quand bien même il peut exister une asymétrie entre les interlocuteurs. Nous pourrions comme en clinique parler d'un rapport « d'impouvoir » grâce auquel l'interlocuteur trouve un environnement propice à réfléchir et s'exprimer. Comme en clinique, c'est la part active de l'interlocuteur qui est sollicitée.

L'entretien est une méthode adaptée pour chercher le sens que les collaborateurs donnent à leur travail, aux événements et au projet d'établissement. Il devrait permettre de mettre en évidence les valeurs incarnées¹¹⁰ et l'aspect processuel, le comment et le pourquoi. L'entretien permet l'accès aux dimensions qui ne sont pas observables¹¹¹. Le matériel ainsi récolté doit être confronté à l'observation sur le terrain et aux documents. L'analyse portera sur le contenu et non sur le discours.

3.2.1. Les entretiens liés à la construction historique

Quelques témoins encore vivants des premières étapes de cette « aventure » vieillissent, certains ne sont plus là. Si nous voulons tenter de comprendre cette institution et ses racines historiques, il est temps d'interroger ces précieux et derniers témoins de la

¹⁰⁸ Blanchet A. Gotman A. *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Armand Colin, Paris, 2^{ème} éd. 2013, p.8

¹⁰⁹ Blanchet A. Gotman A. *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Armand Colin, 2^{ème} éd. Paris, 2013, p. 9-10

¹¹⁰ Blanchet A. Gotman A. *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Armand Colin, 2^{ème} éd. Paris, 2013, p. 24

¹¹¹ Blanchet A. Gotman A. *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Armand Colin, 2^{ème} éd. Paris, 2013, p. 50

naissance et des débuts de cette institution. Peut-être donneront-ils quelques clés de compréhension à la singularité de cet établissement et au fait qu'il reste autonome contrairement à beaucoup d'autres qui ont rejoint le giron des institutions publiques ?

Ainsi, pour la construction historique, nous avons interviewé dix personnes qui ont travaillé à la Fondation de Nant, dont certaines depuis la fin des années 1950. Elles sont des figures marquantes de l'histoire de la Fondation qui peuvent encore témoigner de cette « aventure ». Les fondateurs ainsi que d'autres acteurs des débuts sont décédés, cependant, d'autres « *témoins privilégiés*¹¹² » de cette aventure ont pu être entendus. Ainsi, nous avons rencontré deux des enfants des fondateurs, trois psychiatres qui ont œuvré dans les années 1960 et 70, quatre cadres infirmiers de l'époque ainsi qu'une psychothérapeute dont voici la liste¹¹³ :

- M. Jean - Claude Monney (†) est le deuxième fils des fondateurs, il a été l'infirmier-chef de 1958 à 1996. Il est une source inépuisable d'informations sur la Fondation et son histoire. Nous nous sommes rencontrés longuement à deux reprises. Il a relu la première version de l'historique qu'il a complétée et corrigée.
- Mme Pierrette David est la seule fille des fondateurs. Elle a travaillé à la Fondation de 1973 jusqu'à sa retraite en 1996 en qualité d'assistante sociale.
- Dr Maurice Genton a été un des premiers psychiatres à travailler à Nant. Il a exercé de 1960 à 1964 comme médecin responsable.
- Prof. Edmond Gilléron a été le premier médecin assistant de Nant. Il a travaillé avec le Dr Genton dans les années à la fin des années cinquante et le début des années soixante.
- M. Silveri Kirchner est infirmier en psychiatrie. Il a travaillé comme responsable d'unité puis comme infirmier chef adjoint de 1969 à 1994.
- M. Jean David (†) était infirmier en psychiatrie et mari de Pierrette Monney. Il a travaillé à Nant de 1973 jusqu'à sa retraite en 1993. Il a occupé une place particulière dans l'introduction des approches corporelles à Nant ainsi que dans le rôle thérapeutique des infirmiers.

¹¹² Quivy R, Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2005, p. 60

¹¹³ Nous avons gardé l'identité réelle des personnes interviewées pour les entretiens concernant l'historique alors que nous avons anonymisé les noms de ceux qui ont été interviewé concernant l'actualité de la Fondation pour éviter tout jugement tout en gardant la possibilité pour eux de se reconnaître.

- Mme Catherine Panchaud est infirmière et a travaillé à Nant à deux reprises : dans les années 1969 comme infirmière et en 1982, après sa formation en psychiatrie en Angleterre en qualité de responsable d'unité de soins. Elle a été encore membre du Conseil de Fondation jusqu'en 2012.
- Mme Maria Graziella Sorrentino est psychothérapeute et a travaillé à Nant comme art-thérapeute depuis 1973 puis en qualité de psychothérapeute jusqu'à sa retraite en 2008. Elle a contribué également à l'introduction des approches corporelles, des approches plus thérapeutiques des soins et de l'ergothérapie.
- Prof. Pierre Bovet (†) était professeur de psychiatrie et chef du service de psychiatrie générale du département de psychiatrie du CHUV à Lausanne. Il a été médecin assistant à l'hôpital de Nant dans les années 1970 avant d'aller travailler au Centre PsychoSocial à Montreux.
- M. Jean Claude Mrowinski, infirmier-chef de l'unité de réhabilitation thérapeutique (URT) de 1973 à 2009. Il a contribué à la professionnalisation des soins de réhabilitation de l'Étoile du Matin à la l'URT.

Pour la partie de l'histoire depuis 1985, nous avons pris le parti de ne pas interviewer les responsables dont une partie est encore active à la Fondation, mais de nous appuyer sur les documents qui sont beaucoup plus complets à partir de là.

Les entretiens ont été menés de manière semi-directive et ont été réalisés dans notre bureau à la Fondation ou au domicile des personnes selon les possibilités de déplacement des interviewés, certaines étant très âgées. Ces entretiens ont été très différents en vertu des personnes, de leur position face à l'institution.

Les entretiens ont été enregistrés, et retranscrits intégralement au mot à mot.

Le guide d'entretien suivait une logique temporelle longitudinale, et comportait 6 axes principaux, adapté en vertu du poste occupé par la personne (Encart 1, p.47). Les thématiques de la naissance du projet et ses valeurs, de son évolution dans les modes de faire cliniques et gestionnaires constituaient le point d'entrée de l'interview. Il s'agissait de tenter de saisir les intentions des fondateurs pour connaître la teneur du projet initial et leur manière de faire. À partir de là, le sujet portait sur la manière dont le projet s'est concrétisé avec les difficultés à résoudre. Il a aussi fallu porter un intérêt sur le contexte de l'époque. Les questions des liens entre les personnes et les institutions ont également

été abordées. La clinique et ses évolutions ont été questionnées ainsi que la formation des personnels. Enfin, le financement, l'organisation et les modes de collaboration ont été discutés.

Ces thématiques avaient pour objectif de construire une histoire factuelle linéaire chronologique de la Fondation, mais également de ses modes opératoires tant dans la sphère clinique que dans celle de la gestion. Il s'agissait également d'identifier les ruptures et de procéder à une écoute analytique pour aller au-delà des mots et déceler des contenus plus latents. L'objectif était la constitution factuelle de l'histoire de la Fondation mais aussi des intentions, des idées, des manières de faire et leurs évolutions.

Encart 1 : Axes du guide d'entretien concernant la construction historique

- * **La naissance du projet et son histoire**
 - Environnement
 - Motivation et rôle de la religion
 - Liens entre fondateurs
 - Déplacements géographiques, achats, ventes de biens immobiliers, constructions
- * **La clinique et son évolution avec ses valeurs et ses références**
 - Vie communautaire
 - Évolution de la patientèle et de la clinique
 - Recrutement
- * **La professionnalisation et la formation**
 - Engagements, responsables médicaux et soignants
 - Organisation clinique
 - Formation
 - Références cliniques
- * **Les modes de financement**
 - Évolution des prix des prestations
 - Financement général
 - Modes de gestion financière
- * **L'organisation et ses modes de gestion, de collaboration**
 - Structure et évolution
 - Instances officielles
 - Collaborations
- * **Les relations extérieures, ses ressources humaines.**
 - Alliances
 - Liens avec l'environnement
 - Partenariats
 - Réseaux

Le matériel ainsi capté a été très important. Il a été analysé et ordonné pour construire une histoire chronologique dans un premier temps des faits et des manières de faire, complétée par les documents à disposition.

Tous les entretiens ont été soumis à une analyse thématique. « *L'analyse thématique est cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratique*¹¹⁴ » L'analyse des entretiens a aussi été « historique », dans le sens où elle a permis d'apporter des compléments ou des informations manquantes ou complémentaires aux documents d'archives.

Concernant les aspects historiques, l'analyse a consisté, d'une part, à saisir les éléments concernant les évènements marquant pour retracer linéairement l'histoire, et d'autre part, elle a servi à relever les régularités qui ont traversé l'histoire. Nous retrouvons ces deux parties dans le travail.

Nous avons ensuite croisé les résultats selon les deux objectifs : d'abord par époque pour retracer l'histoire, et ensuite pour extraire les régularités dans l'histoire, les modes de fonctionnements et les valeurs « traversantes ».

3.2.2. Les entretiens liés à la construction de l'actualité

Les entretiens concernant le fonctionnement actuel de l'établissement avaient pour objectif de capter des éléments pouvant contribuer à comprendre les ingrédients des modes opératoires actuels, dans la sphère de la clinique comme dans celle de la gestion, ainsi que l'influence de l'histoire.

Nous avons pris le parti d'interviewer une dizaine de personnes au parcours atypique, dans l'idée qu'elles auraient un regard décalé et un peu plus distant, voire critique, sur l'institution. Nous avons sélectionné des personnes de catégories professionnelles différentes. A côté des professionnels de la Fondation, qui sont les plus nombreux, nous avons également interviewé quelques externes qui connaissent bien l'établissement car ils ont des liens avec lui sous forme de collaborations (projet clinique ou de recherche) ou de participation à une instance (commission), ou encore parce qu'ils y ont fait des stages ou rempli des mandats.

¹¹⁴ Blanchet A., Gotman A., *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Armand Colin, Paris, 2005

Onze entretiens nous ont permis d'arriver à saturation des données.

- Dr RU. est pédopsychiatre et psychanalyste, responsable du service de pédopsychiatrie. Il est colombien et a fait sa spécialisation à Paris avant de retourner en Colombie pour créer la faculté de pédopsychiatrie et mettre en place une société de psychanalyse. Il a été engagé à la Fondation en 2012 et reste très en contact avec certains pédopsychiatres parisiens avec qui il donne beaucoup de formations.
- Dr M. est psychogériatre d'origine camerounaise. Il a fait ses études de médecine à Berlin en Allemagne et a complété sa spécialisation de psychiatre de la personne âgée à Genève. Il a été engagé en 2010. Il a mis sur pied un programme de coopération avec le Cameroun pour la formation en psychiatrie des intervenants de premier recours (infirmiers et médecins).
- M. MdP est responsable qualité et informatique ainsi que responsable de projet. Son parcours a la particularité d'une progression interne partant d'un engagement comme jardinier pour occuper le poste actuel après les formations requises.
- M. B. est informaticien, avant de rejoindre la Fondation, il a travaillé dans l'organisation responsable de l'ensemble du système informatique des hôpitaux vaudois et a ainsi une vue globale depuis l'œil « informatique » des institutions sanitaires.
- Mme D. est responsable de la facturation pour l'ensemble de la Fondation. Elle a débuté comme aide infirmière et s'est formée dans l'administration pour occuper progressivement le très important poste actuel.
- Prof. S. est docteur en sociologie et professeur à la Haute École de Santé Vaud dans la section recherche. Il a la particularité d'avoir travaillé à la Fondation dans les soins et comme assistant d'un médecin dans le cadre de sa recherche pour sa thèse de doctorat. Il collabore actuellement à différents projets de recherche que nous menons ensemble.
- Dr G. est psychiatre et responsable de la psychiatrie intermédiaire de la Fondation. Il a travaillé comme assistant du Dr Miéville dans les années 1970 et a participé à la mise en place du secteur en 1985.
- M. C. est infirmier en psychiatrie et responsable infirmier du service de psychiatrie de la personne âgée jusqu'en 2013. Il a été engagé à Nant en 1979 au moment où la nouvelle clinique a été ouverte. Il a connu la période de transition entre Nant clinique psychiatrique et secteur psychiatrique de l'Est vaudois.

- M. D. consultant du cabinet Nexus à Paris, a beaucoup travaillé pour la Fondation depuis 2005, notamment avec le Conseil de Fondation, la Direction Générale et les cadres concernés par la cartographie de 2014.
- M. M. infirmier-chef des unités hospitalières adulte. Il travaille depuis 1986 à la Fondation et a pu observer l'évolution institutionnelle depuis ce lieu central de l'hôpital de secteur.
- Dr RB. est médecin chef du département de psychiatrie et de psychothérapie de l'hôpital du Valais. Son regard est intéressant en tant que responsable d'un établissement psychiatrique voisin, non universitaire comme Nant, et dans les nombreuses collaborations établies entre nos deux institutions.

Ces entretiens ont été conduits en suivant un guide dont le fil conducteur s'articule autour de quatre grands thèmes : une métaphore de l'institution pour tenter de capter la représentation institutionnelle de l'interviewé, l'histoire de l'établissement pour tenter de cerner la construction de l'identité institutionnelle, l'organisation pour déceler les modes de gestion et enfin la philosophie des soins et les valeurs pour comprendre le fondement des pratiques cliniques. Dans chacune de ces thématiques, d'autres sujets ont été abordés tels que la pérennité, les valeurs, les dynamiques de coopération, la place de la parole ainsi que du sentiment d'appartenance. Il s'agissait également de vérifier certaines hypothèses en lien avec le rôle de la parole, l'importance de l'histoire, des valeurs ou encore celle de la référence à la psychanalyse (Encart 2, p.50).

Encart 2 : Axes de la grille d'entretien concernant la construction de l'actualité

1. MÉTAPHORE DE L'INSTITUTION (REPRÉSENTATION) :
 - Fleur, couleur, animal, pays, arbres etc.
 - Examiner la représentation de l'établissement à travers une métaphore
2. HISTOIRE (IDENTITÉ) :
 - Passé et actualité
 - Survie
 - Menaces pour l'évolution/pérennité
 - Éléments favorables au développement
 - Innovation
3. ORGANISATION INTERNE (GESTION) :
 - Contexte, statut, taille institutionnelle
 - RH
 - Organisation du travail
 - Délégation
 - Autonomie/Itinéraire professionnel
 - Structuration
 - Espaces collectifs de délibération
 - Gouvernance

- Projet
 - Finances
 - Différence
4. VALEURS PASSÉES ET ACTUELLES (FONDEMENT/CULTURE) :
- Valeurs générales/spécificités/Charte
 - Philosophie des soins/référentiel
 - Rôle de la nature du soin et la philosophie du soin
 - Appropriation/Appartenance
 - Références cliniques
 - Références managériales
 - Frontières
 - Coopération/faire ensemble/cohésion/ce qui fait lien
 - Parole

La méthode d'exploitation de ces entretiens a été la même que celle qui a servi à l'élaboration de l'histoire : retranscription complète des entretiens, et analyse selon différentes thématiques qui ont évolué en vertu de l'avancée de notre recherche : faire-ensemble, mode organisationnel, valeurs, avenir, compréhension, dangers et opportunités. Le matériel de ces entretiens sert de matière première à la deuxième partie, qui débute par un descriptif de la Fondation actuelle, et développe ses leviers de survie et de pérennité.

3.3. Les documents

Les premiers documents d'archives disponibles remontent à la création de la Fondation, soit le 31 octobre 1961. Avant cette date, les documents existants n'ont pas été mis à notre disposition par la famille Monney qui les détient. Cependant, quelques maigres correspondances de cette époque ont été retrouvées dans les archives. Pour cette première partie de l'« Aventure », nous nous sommes fondés sur les informations tirées des entretiens et sur les écrits relatifs à cette période dont notamment le très précieux texte de M^{me} C. Oehninger, membre fondatrice, « *Une Aventure, l'appel* ¹¹⁵ » qui retrace la genèse du projet et ses débuts. Le matériel documentaire a été exploité pour établir une histoire chronologique des faits, des principales étapes de l'évolution institutionnelle. Il a également permis de se faire une représentation des modes de fonctionnement et des valeurs de référence et de leur évolution.

¹¹⁵ Oehninger C, *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967.

Les documents disponibles sont l'ensemble des procès-verbaux des séances des Conseils de Fondation, des Comités de Direction depuis la création de ces instances en 1961, les correspondances disponibles et autres documents officiels. Le Conseil de Fondation est dans les statuts « *l'organe suprême* ¹¹⁶ ». Il se réunit en principe quatre fois par année mais peut se voir autant que nécessaire. Il se charge de la stratégie et vérifie son application qui relève de la responsabilité du Comité de Direction qui se réunit mensuellement. Deux membres du Conseil siègent dans le Comité de Direction qui comprend les quatre directeurs (général, médical, administratif et financier et des soins). Dans ces procès-verbaux sont intégrés les rapports annuels qui retracent l'activité de l'année et les résultats financiers et quelques documents annexes divers, tels que droit d'exploiter, correspondance officielle ou encore des fiches de projets. Il existe peu d'autres documents officiels internes, En revanche, nous avons consulté d'autres textes, tels que mémoires de fin d'étude, thèse de doctorat, rapport de l'étude Aleph sur le système d'information clinique interne, le précieux livre blanc de la psychiatrie¹¹⁷, articles publiés, articles de presse. À partir de la création du secteur psychiatrique de l'Est vaudois en 1985, la documentation s'étaye. Les projets sont formalisés et concernent notamment la politique de soins, son organisation, la création de nouvelles unités de soins. Avec la création du collège des soignants en 1984, puis du collège de secteur, d'autres procès-verbaux sont disponibles. Les collèges vont se diviser par services au début des années 2000 ce qui multiplie les procès-verbaux disponibles et permet de mieux suivre l'évolution institutionnelle principalement du point de vue clinique.

Mais la documentation interne devient plus importante déjà dans les années quatre-vingt-dix, à partir de l'étude Aleph 1996¹¹⁸ et surtout avec la certification ISO 9001-2000 en 2000. L'étude Aleph portait sur l'information clinique et visait à développer une vision exhaustive de celle-ci. Cette étude a permis aux gestionnaires et aux cliniciens de travailler ensemble pour modéliser les processus de la circulation de l'information clinique. Elle a permis de mettre en évidence des modèles de trajectoire de patients et a servi à la formalisation des procédures pour la certification ISO 9 001 2000, obtenue en décembre 2000 et dont la documentation donne de précieuses informations. Le travail

¹¹⁶ Statuts de la Fondation de Nant article 6, adapté le 31 mars 2009 et approuvé par le Département des Institutions et des Relations Extérieures, le 25 juin 2009

¹¹⁷ *La psychiatrie publique vaudoises : situation actuelle et évolutions possibles*, document du service de la santé publique et de la planification sanitaire, 1983, 123 p.

¹¹⁸ Aleph, document interne, 1996

Aleph, quant à lui, donne énormément d'informations sur les pratiques et le destin de l'information clinique. C'est également à cette occasion que la gestion a marqué très concrètement son importance et son intention à la Fondation. La documentation externe va dans le même sens, d'autres procès-verbaux de séances auxquelles participent des collaborateurs de Nant ou des rapports annuels de la psychiatrie vaudoise sont consultables.

Nous avons systématiquement lu et analysé tous les procès-verbaux et documents des instances officielles de la Fondation. Ils nous ont permis, d'une part, de contribuer à la constitution d'une chronologie des faits, des acteurs impliqués ainsi qu'à la construction d'une politique de soins, du type de patients traités, des références et des pratiques cliniques et, d'autre part, de nous faire une représentation du fonctionnement de l'établissement, de son organisation et de sa gestion. Nous avons également cherché les liens établis avec l'environnement, tant pour la clinique que la gestion, ou avec la tutelle ainsi que les alliances, les difficultés, les conflits et leur mode de gestion. Nous avons retenu tous les éléments et événements issus des procès-verbaux et des autres documents qui apportaient des éléments significatifs à la construction de l'histoire de cette institution. Une première chronologie a ainsi été construite et nous l'avons complétée avec les informations issues des entretiens.

1^{ère} partie

De l'histoire de Nant à l'histoire de la psychiatrie, un jeu de miroirs

*« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait. »
« Tout ce dont nous avons besoin pour réussir dans la vie est l'ignorance et
la confiance. »*

Mark Twain

Cette première partie vise à situer la Fondation de Nant dans l'évolution de la psychiatrie. Il s'agit de savoir en quoi et comment l'histoire de cette institution s'inscrit dans le contexte plus large de l'histoire de la psychiatrie avec, comme point de départ, l'idée que Nant pourrait être un condensé de cette dernière.

Tant l'une que l'autre sont en effet nées d'une pratique soignante, d'une idée de l'homme qui considère le fou comme un *alter ego*, le fou citoyen et le fou fils de Dieu, et qu'il faut un espace dédié à son traitement à travers une relation « d'homme à homme ». Cette première étape très humaniste de la naissance de la psychiatrie a laissé la place à quelques dérives où l'abandon des valeurs originelles n'est propice ni aux traitements, ni aux institutions, ni au faire-ensemble, garant de qualité des soins et de gestion institutionnelle. La psychanalyse a contribué à renverser cette tendance et à renouer avec les valeurs originelles de l'individualité et de la subjectivité en y apportant une dimension supplémentaire qui fait progresser significativement les soins avec la découverte de l'inconscient et une posture « d'impouvoir ».

La perspective historique de la Fondation de Nant fait la part belle aux pratiques cliniques et les moyens mis à leur service. Les pratiques de gestion à proprement parler arrivent en effet tardivement, car elles ont été préalablement et longtemps indissociables des cliniciens et leur manière de concevoir la maladie psychique et les modes de traitement.

Le dialogue entre ces deux histoires révèle une relation complexe : les points de convergence sont nombreux, et donnent des perspectives de compréhension des *modus vivendi* ; dans le même temps, les divergences ne manquent pas, et portent sur des points bien circonscrits, qui mettent en évidence des modes de gestion qui inscrivent en négatif ceux de la Fondation de Nant. Ces derniers sont désormais menacés tant par le courant dominant de la médecine mentale sous-tendu par les approches neuro-scientifiques que par les pratiques managériales imposées par les autorités de contrôle et de tarification, qui rompent le lien avec la clinique et donc le potentiel faire-ensemble entre pratiques cliniques et pratiques de gestion.

Cette partie débute par l'histoire de la Fondation de Nant en quatre étapes principales qui décrivent les balbutiements, les premières mutations, la maturation du projet, puis

l'irruption de la gestion (chapitre 1). S'ensuivent des éléments sur l'histoire de la psychiatrie, présentés eux aussi en quatre étapes, de la première configuration du soin psychique autour de l'espace unique de l'asile – le tout dedans – à l'affirmation du parcours du patient qui pousse la psychiatrie à s'infiltrer dans les autres institutions de soins et dans la communauté – le tout dehors, ou presque –, avant d'aborder les particularités helvétiques (chapitre 2). Cette première partie finit sur un dialogue entre ces deux histoires pointant les convergences et les divergences, pour conclure sur le constat que le type d'approche clinique retenu conditionne les modes de gestion, que l'approche fondée sur la relation est favorable au dialogue avec la gestion, et qu'il s'agit d'un levier significatif pour le faire-ensemble entre clinique et gestion (chapitre 3).

1. De la charité au modèle de soins, l'histoire singulière de Nant

« Sans histoire, on n'a pas d'identité »

Charles Bonnet (Prof. d'archéologie)

La culture « se construit lentement et patiemment à travers des leaders engagés qui ont trouvé une mission intéressante pour leur organisation et qui se préoccupent vraiment de ceux qui devront la mettre en œuvre avec eux. À mon avis, l'ingrédient essentiel est l'authenticité. »

H. Mintzberg

« L'aventure »¹¹⁹ du projet qui deviendra la Fondation de Nant commence en 1943. Dans une première reconstruction historique écrite en 1967, Colette Oehniger résume en quelques points l'« œuvre » des fondateurs de l'institution et leurs motivations :

« Les caractéristiques de cette œuvre seront, dès le départ, les suivantes :

1. *Faire confiance au Dieu Tout – Puissant, créateur de tous les hommes. Dans cette pensée, soigner les malades nerveux et mentaux avec tous les moyens que Dieu a donnés à l'humanité, à travers les hommes de science. Donc, premièrement, ne pas voir d'opposition entre la médecine - et plus précisément la psychiatrie – et la foi, ces deux voies étant non contradictoires mais complémentaires.*
2. *Dans cette optique,*
 - a. *Ouvrir une maison dans laquelle la foi puisse être alliée à la médecine, en vue de la guérison des malades.*
 - b. *Tous les malades ne pouvant être guéris (Dieu est souverain et la médecine a des limites), créer un foyer pour apporter de la lumière et un peu de bonheur à ceux que la maladie maintient en dehors d'une vie normale.*
 - c. *Permettre à tous ces malades de se sentir aimés et respectés, en les aidant à reprendre confiance en eux-mêmes, à trouver l'espérance, la paix, la sérénité.*
3. *Accueillir ceux qui souffrent mentalement et moralement, sans distinction de confession, de classe sociale, de nationalité.*
4. *Faire une place particulière aux déshérités.*

¹¹⁹ Oehniger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, 1967

5. *Vivre l'esprit communautaire entre fondateurs et collaborateurs qui le désireront.*
6. *S'efforcer d'être ferment d'unité entre les chrétiens divisés de diverses confessions ou de milieux séparés¹²⁰. »*

Le préalable et le fondement de cette « aventure » sont le fait de considérer toute personne comme fils de Dieu et, de ce fait, comme son alter ego. Dans le premier projet formalisé par écrit plus tard par les fondateurs, ceux-ci font référence explicite à Dieu, à la science et au « faire-ensemble », qui n'opposent pas de manière idéologique science et religion, mais au contraire revendiquent leur alliance. Les correspondances auxquelles nous avons eu accès attestent cette volonté de faire-ensemble. Les lettres des années quarante sont par exemple signées : « *pour l'équipe¹²¹* », et d'autres échanges témoignent d'une volonté de solidarité, comme ce courrier de 1948 qui affirme : « *s'il y a une faute commise, nous sommes solidaires pour porter ensemble les conséquences¹²²* ». Ces échanges témoignent aussi d'un positionnement très clair dans le service à l'autre et de valeurs explicites comme le respect, l'accessibilité, la non-discrimination et l'aide aux plus démunis. Des objectifs sont définis : aider à trouver la paix, l'espérance et la sérénité, par le moyen de la vie communautaire.

Plus d'un demi-siècle plus tard, en 2007, la Charte de la Fondation de Nant¹²³ stipule :

« La démarche de la Fondation de Nant est empreinte d'un esprit d'humanisme vis-à-vis de ses bénéficiaires et de ses collaborateurs.

Son action de base consiste à soigner, par une relation thérapeutique personnalisée, les patients confrontés aux problèmes psychiques qui bouleversent leur existence.

La Fondation de Nant établit sa cohérence institutionnelle sur une référence commune psychodynamique et psychanalytique.

Son activité est fondée sur les compétences, l'engagement, l'implication et la responsabilisation de son personnel.

¹²⁰ Oehniger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, 1967

¹²¹ Correspondance des fondateurs à M. et M^{me} Calame, 19 mai 1948

¹²² Correspondance des fondateurs à M. Urech, 9 janvier 1948

¹²³ Charte de la Fondation de Nant du 19 avril 2007

Elle vise l'amélioration permanente des connaissances et des pratiques relatives à la santé mentale, de façon à garantir un haut niveau de professionnalisme.

La Fondation de Nant s'engage à favoriser l'ouverture et l'accessibilité à ses services ; elle lutte contre la discrimination des personnes souffrant de maladies psychiques et se soucie de ses droits.

La Fondation de Nant s'engage à maintenir la qualité humaine et performante des soins, tout en intégrant la complexité croissante des savoirs et les mutations de l'environnement. La référence psychanalytique garantit une éthique, une cohérence et des compétences désaliénantes. Le personnel développe de nouvelles compétences dans le cadre de l'élargissement de sa mission : diversification des soins, des services, collaboration, partenariat et enseignement. »

Ces deux « projets d'établissement », pour ainsi dire, présentent des constantes qui ont traversé le demi-siècle qui les sépare. Certes, les missions sont différentes, entre le projet familial et le service public destiné à l'ensemble d'une région, mais les deux textes reflètent le souci d'établir une vision commune avec une référence partagée et des valeurs humaines faites de rencontres, de relations et de respect. Ils témoignent tous les deux de la volonté de faire preuve d'ouverture, de bien faire, de se mettre au service de l'autre par ses compétences et son engagement, de rendre le soin accessible à tous sans discrimination, de se développer, de trouver des appuis, de cultiver la collaboration, la responsabilisation, l'implication et la motivation et encore de garder son autonomie. Même si le deuxième projet marque la professionnalisation du soin psychiatrique, avec le passage de la référence chrétienne à la référence psychanalytique, il conserve la référence aux valeurs humaines comme trait d'union et un intérêt prioritaire pour l'homme plutôt que pour la pathologie, qui se traduisent sous une nouvelle forme avec l'adaptation des moyens et plus tard la construction d'un projet de management.

Entre ces deux textes, une histoire s'écrit. Elle est empreinte d'un esprit de dissidence qui trouve sa source dans le positionnement même des fondateurs par rapport à l'Église réformée. Comme le raconte Jean-Claude Monney, il y avait eu « *une scission dans l'Église Réformée avec des gens qui trouvaient que l'Église Réformée n'était pas assez active et [qui avaient] créé des assemblées dissidentes, parce qu'ils étaient des dissidents de l'Église*

réformée ¹²⁴ ». Lorsque quelques-uns de ces dissidents créent une institution petite, familiale et communautaire, empreinte de valeurs chrétiennes dans le souci de faire ensemble pour venir en aide aux malades mentaux, cette institution s'inscrit à l'opposé, pour ainsi dire en *dissidence* encore, de tous les établissements psychiatriques de l'époque, qui sont de grands établissements d'État médicalisés à l'image de l'hôpital cantonal psychiatrique de Cery. Cet esprit de dissidence se retrouve 70 ans plus tard dans le statut privé de la Fondation de Nant, seul établissement psychiatrique public privé de Romandie, mais aussi dans le choix d'une philosophie de soins relationnelle pour tous les professionnels, en référence aux concepts psychanalytiques et à contre-courant des tendances dominantes de la psychiatrie actuelle.

Cette histoire de dissidence est appréhendée ici à travers une périodisation qui structure les principales étapes du développement de la Fondation de Nant, et qui se veut comme une manière de scander son évolution. L'histoire de la Fondation de Nant commence par la mise en œuvre d'un projet rêvé, rendue possible par des opportunités que ses fondateurs ont interprétées comme des signes de la bienveillance divine (1.1). L'évolution du projet est ensuite marquée par des phases de réinterrogation de sa finalité et de sa forme, tout d'abord par la création d'une Fondation qui marque un début de professionnalisation de l'institution (1.2), puis par l'intégration de la sectorisation de l'offre de soins psychiatriques qui marque la maturation du positionnement du projet au niveau cantonal (1.3), et enfin par l'irruption de la gestion dans le fonctionnement de la Fondation en réponse au développement de son offre et à des difficultés d'organisation interne (1.4).

1.1. Du projet rêvé au rêve projeté

1.1.1. Les balbutiements, de 1943 à 1961

La Fondation de Nant voit le jour en 1943, en même temps que l'Europe puis le monde entier se déchire dans la deuxième guerre mondiale. Le contexte n'est pas propice pour entreprendre quelque projet que ce soit, et certainement pas un projet s'intéressant aux malades mentaux, mais il génère pourtant des opportunités qui rendent possible le projet de la Fondation.

¹²⁴ Interview Jean-Claude Monney.

Les fondateurs sont motivés par un double intérêt pour entreprendre ce qu'ils appellent leur « œuvre ». Le premier est leur implication personnelle dans la problématique psychiatrique, puisqu'ils ont chacun un membre de leur famille qui présente une maladie psychique. Jean-Claude Monney raconte que ses parents avaient une tante qui était psychotique, tout comme la mère de deux autres fondateurs, les sœurs Colette et Myvette¹²⁵. Le deuxième intérêt des fondateurs est leur foi qui les a appelés de manière « *claire et indiscutable [à] se mettre à l'ouvrage pour offrir aux malades nerveux et mentaux ce qu'ils étaient en droit d'attendre des bien-portants*¹²⁶ ». Comme l'une des fondatrices, Colette Oehninger, le résume en quelques mots dépersonnalisés dans la première histoire de l'institution :

« Vers 1940, quelques personnes furent amenées à s'intéresser [aux malades nerveux et mentaux]. En effet, au sein de leur propre famille, se trouvait un malade interné depuis des années en maison psychiatrique, ce qui les conduisit à se poser une question précise : "que faire pour soulager cette souffrance ?" L'Église, à l'origine de tant d'œuvres d'amour, n'avait-elle rien à proposer à ces malades démunis et à leurs familles¹²⁷ ? »

La psychiatrie de l'époque est encore dominée par le modèle asilaire, même si les années 1940 voient naître des projets très novateurs comme les traitements psychanalytiques de groupe de W. R. Bion, les communautés thérapeutiques en Angleterre ou le très célèbre mouvement de la psychothérapie institutionnelle en France, créé sous l'impulsion du Dr Tosquelles à Saint Alban. Il existe peu de moyens thérapeutiques, les médicaments psychotropes sont pratiquement inexistantes et les premiers neuroleptiques ne seront inventés qu'en 1952. Les malades sont souvent abandonnés dans les hôpitaux qui restent bien souvent fermés. Les familles ont la plupart du temps honte de leur membre malade, qui, de plus, leur fait généralement peur. La vie en institution est dure. J.C. Monney, raconte les conditions rudimentaires dans lesquelles sa tante était internée : « *elle vivait dans un service de malades chroniques et [...] nous faisait mal au cœur à chaque fois qu'on allait la voir. Je me rappelle très bien d'être allé la voir dans l'infirmerie à Cery, c'était dans*

¹²⁵ Interview Jean-Claude Monney.

¹²⁶ Ibid, p. 2

¹²⁷ Oehninger C., *op. cité*, p. 1

*les années quarante... [...] c'était la gériatrie de l'époque avec des matelas avec du varech, puis il y avait du varech dans les cellules d'isolement aigu : c'était terrible*¹²⁸ ».

La famille Monney est une famille religieuse qui fréquente une église dissidente. Dans ce cadre, ses membres rencontrent les sœurs Colette Oehninger et Myvette Fruhinsholz avec qui ils partagent les mêmes valeurs chrétiennes et le fait d'avoir un malade mental dans la famille. Dans un premier temps, c'est leur foi qui les a rapprochés. Ils se sentent « appelés » à réaliser le projet de créer une maison pour y « accueillir ceux qui souffrent mentalement et moralement¹²⁹ ». Dans une certaine mesure, ce projet s'inscrit dans les suites du mouvement du « Réveil protestant » qui a entraîné la création au 19^e siècle d'« une multitude d'associations et d'institutions caritatives dont le but est le secours aux indigents...¹³⁰ ». Ce mouvement avait un objectif prosélyte, « un hôpital administré dans un esprit chrétien [étant] le meilleur moyen d'évangélisation¹³¹ » comme l'affirmait par exemple le pasteur L. Germond (1796-1868), qui n'est pas repris par les fondateurs de Nant. Ceux-ci sont au nombre de quatre : le couple René Monney (qui a quatre enfants : Armand, Jean-Claude, Pierrette et Daniel), Colette Oehninger (veuve de Robert Oehninger), sa sœur Myvette Fruhinsholz, et Victoria Schleppey, appelée Sœur Vic, qui les rejoint plus tard. La place importante prise par les femmes est sans doute une particularité pour l'époque, dans un pays où le droit de vote pour les femmes n'est introduit qu'en 1971 au niveau fédéral et entre 1959 et 1990 selon les cantons. Est-ce que cette particularité influence l'histoire et les modes de faire de l'établissement ? Est-ce l'objet ou la nature du soin, la psychiatrie, qui appelle une équipe féminine ? L'approche relationnelle de cette souffrance est-elle due à la dimension féminine de l'équipe des fondateurs ? Quelle part dans l'investissement du quotidien est-elle due à cette particularité ? Nous pourrions y voir, avant l'heure, une institution winnicottienne en clin d'œil à son article de 1957, « Contribution de la mère à la société¹³² », dans lequel il

¹²⁸ Interview Jean-Claude Monney.

¹²⁹ Oehninger C., *op. cité*, p 2

¹³⁰ Donzé P.-Y. Bâtir, gérer, soigner, Histoire des établissements hospitaliers de Suisse Romande, Georg Ed. Genève, 2003, p. 93

¹³¹ Germond L. cité In Donzé P.-Y. *Histoire des politiques hospitalières en Suisse Romande*, Ed. Alphi-Presses universitaires suisses, Neuchâtel, 2017, p.31

¹³² Winnicott D. Contribution de la mère à la société, In *Conversations ordinaires*, Gallimard, Paris, 1988, pp. 137-142

développe l'idée de la contribution essentielle de toutes les mères à la société sans que ce travail soit explicitement reconnu.

Dans l'attente de pouvoir réaliser leur projet, certains fondateurs entreprennent des formations utiles pour celui-ci, sur le conseil du pasteur Willy Guberan de Lutry. C. Oehninger s'instruit dans le domaine des soins à Cery, mais sans véritablement entreprendre une formation. Un autre fondateur s'engage au foyer des aveugles anormaux. La famille Monney quant à elle décide d'accueillir sa tante malade dans leur maison.

Le contexte particulier de la seconde guerre mondiale crée des opportunités inattendues. René Monney a un accident pendant sa mobilisation militaire en 1942 et perd un œil. On lui suggère alors d'abandonner son métier de vigneron. Il saisit l'opportunité pour mettre en œuvre son projet. En 1943, tous les biens des fondateurs sont vendus : le domaine viticole à Grandvaux, la villa et les titres, afin d'acquérir une maison à Saint Légier au-dessus de Vevey : Le Genévrier. Le moment est assez propice pour acquérir des biens immobiliers à des prix intéressants.

Malgré le manque de formation des fondateurs, l'autorisation d'exploiter est accordée par le Service de la santé publique avec l'appui du Dr Lucien Bovet, alors médecin-chef de l'office médico-pédagogique. La seule opposition vient des hôteliers de la région, qui craignent que l'ouverture du Genévrier ne leur fasse concurrence alors que des hôtels et pensions avaient déjà dû fermer à cause du contexte de guerre. Le Conseil d'État vaudois argumente dans sa lettre du 28 avril 1944 que « *le but de cet établissement étant de recevoir des pensionnaires malades mentalement ou souffrant de dépression nerveuse, il ne paraît pas devoir causer tort aux entreprises hôtelières de la région* » et décide « *d'accorder l'autorisation sollicitée* ». Le Conseil ajoute qu'« *il résulte des renseignements au dossier que le nombre de maisons de ce genre est insuffisant dans le canton ; [et qu']il est ainsi établi que cette maison répond à un besoin certain* ». L'aventure peut commencer.

1.1.2. Le Genévrier

Les fondateurs arrivent au Genévrier en été 1943 avec deux malades. Ils forment un seul foyer et s'adaptent sans peine à cette nouvelle vie communautaire. « *Petit à petit, de nouveaux malades arriv[ent] : les uns gravement atteints (schizophrènes, catatoniques, anxieux, dépressifs etc.) et les autres, simplement fatigués ou tourmentés par leurs*

*problèmes*¹³³. » La capacité d'accueil est d'une vingtaine de patients que les fondateurs appellent leurs « hôtes », ce qui n'est pas sans rappeler les « hôtels-Dieu » dans lesquels les patients étaient les hôtes de Dieu en quelque sorte. Ces derniers sont répartis en trois ou quatre groupes selon leur problème ou leur sexe. Contrairement aux autres établissements psychiatriques, celui-ci est mixte et n'a pas de barreaux aux fenêtres, ni de clôture autour du bâtiment.

Du point de vue médical, le Dr Jacques Dunant, médecin généraliste à Saint Légier, assure dans un premier temps les prestations strictement somatiques. Comme se le rappelle Jean-Claude Monney, il « *venait voir les petits bobos des patients*¹³⁴. » Par la suite arrive une première psychiatre consultante : la Dre de Seret¹³⁵. Les patients qui requièrent des soins psychiatriques plus intensifs sont adressés à l'Hôpital de Cery, « *mais très souvent le Genévrier re[çoit] des cas opiniâtres pour lesquels la médecine rest[e] impuissante*¹³⁶ ».

La vie communautaire « familiale » semble avoir été le principal agent thérapeutique avec les « prestations spirituelles » dont il est difficile d'évaluer la place : prières, entretiens, lectures etc. Les fondateurs prennent soin d'éviter les « grands calmants », recherchent des alternatifs aux traitements habituels, individualisent déjà les soins ; ce trait marquant est resté dans la culture du soin à la Fondation de Nant. « *Dans ce but, les fondateurs n'hésit[ent] pas à partager la chambre des malades angoissés ou suicidaires ou même [d']une démente pour l'aider à reprendre une vie plus humaine*¹³⁷ ». Les anecdotes ne manquent pas : un patient était chargé d'une promenade quotidienne avec un autre résident dépendant, un autre de la promenade d'un patient paralysé, une patiente devait s'occuper de poussins, la Bible pouvait également venir en aide à certains, etc.

Le Genévrier commença à se faire connaître et les demandes affluent au point qu'il devient rapidement trop petit. Dès 1945, les chambres des employés sont transformées en chambre pour des patients. L'idée de séparer les « hôtes de passage » des « malades parfois agités » fait son chemin. Les fondateurs veulent acquérir l'Étoile du Matin, propriété sise à Jongny à quelques kilomètres, avec une très grande maison de maître,

¹³³ Oehniger C., *op. cité*, p 3

¹³⁴ Interview de J.C Monney, réf. citée

¹³⁵ Par souci de cohérence, l'abréviation féminisée « Dre » pour « Docteure », utilisée couramment en Suisse, sera utilisée dans l'ensemble de la thèse.

¹³⁶ Oehniger C., *op. cité*, p 4

¹³⁷ Oehniger C., *op. cité*, p 4

mais ne disposent pas des moyens financiers suffisants, sans compter que des travaux d'aménagement sont à prévoir. Malgré tout, ils décident d'acheter, pressés par l'impératif des demandes. Un parent des fondatrices Colette Oehninger et Myvette Fruhinsholz, « *pourtant incroyant* » comme le mentionne Colette Oehninger, quitte alors sa villa et met en viager une partie de ses avoirs pour finir ses jours à l'Étoile du Matin ; les fondateurs sont persuadés qu'il s'agit d'un signe de Dieu. Un don d'environ trois mille francs permet l'achat de la première voiture qui va régler les problèmes de distance entre l'Étoile du Matin et le Genévrier. Aux dires de son entourage, il est probable que cette transaction immobilière ait aussi été soutenue par un mouvement « *hypomaniaque* » de Mme Monney, membre fondateur.

1.1.3. L'Étoile du Matin et le Genévrier

L'Étoile du Matin ouvre à l'automne 1946 alors que les travaux ne sont pas encore terminés. Les problèmes financiers ne sont pas réglés, les travaux durent un an et demi et la facture est doublée. Monsieur Villosz, expert-comptable, aide les fondateurs et devient pour longtemps le conseiller financier du projet. Une fois de plus, les fondateurs sont persuadés que cette aide leur est envoyée par l'intervention de Dieu.

Les soins sont toujours communautaires, les patients de tout âge sont mélangés sans trop de distinction, certains sont même accompagnés de leurs enfants. Les repas sont pris ensemble avec les responsables et le personnel. Un colloque matinal est organisé pour régler la vie communautaire. Une salle se transforme en chapelle pour un court culte. Plusieurs fois par semaine, une « *lecture commune d'un livre récent* » est organisée, qui permet des échanges communs autour des problèmes de la vie. Les fondateurs vont jusqu'à ouvrir une pouponnière en février 1951¹³⁸ pour aider une patiente nurse¹³⁹ à reprendre son travail. La pouponnière de l'Étoile du Matin accueille jusqu'à 18 bébés et fonctionne pendant deux ans, jusqu'à ce que la patiente retombe malade.

Les soins médicaux sont assurés par plusieurs médecins de la région. L'un d'eux est un généraliste très apprécié du village voisin de Chexbres, le Dr Claude Miéville. Jean-Claude Monney se rappelle de lui en ces termes :

¹³⁸ Correspondance des fondateurs au Département des finances du 29 janvier 1953, p. 5-6

¹³⁹ Les puéricultrices étaient alors officiellement appelées nurses en Suisse.

« C'était un des médecins généralistes de la région, on allait toujours vers lui à Chexbres, cela ne nous venait pas à l'idée d'aller au Samaritain (hôpital régional de Vevey). C'était un généraliste de campagne qui était d'accord de sortir de chez lui tandis que les médecins de ville n'étaient pas intéressés... J'ai le souvenir du Dr Miéville qui venait ici. Par exemple, je me rappelle une fois, on avait une occlusion intestinale carabinée et on ne savait plus comment s'en sortir. Il est venu, il m'avait fait un cocktail qu'il fallait lui préparer, c'était un mixage, il y avait un litre de rouge, de la boldo ainsi que des mélanges de plantes et faire un bock et c'était radical¹⁴⁰. »

Mais il faut songer à un psychiatre attiré pour soigner des patients nécessitant des soins plus spécifiques. Deux psychiatres se chargent de cette mission, c'est le début de la professionnalisation clinique. Jean-Claude Monney se rappelle également d'eux :

« Un des premiers psychiatres qui est venu à l'Étoile du Matin était la Dre de Seret : elle était remarquable. Puis est venu le Dr Aubert, psychiatre à Bellelay dans le Jura, c'est le deuxième psychiatre qui a travaillé à l'Étoile du Matin, et ensuite est arrivé le Dr Audéoud au début que j'étais là comme infirmier en 1958. Il venait deux fois par semaine le matin. Il fallait rassembler toutes les questions qu'on avait à lui poser sur les patients¹⁴¹. »

Vers 1950, les fondateurs font face aux mêmes problèmes qu'en 1945 : l'Étoile du Matin devient trop petite, et la cohabitation est problématique entre les patients dépressifs et psychotiques. Un des fondateurs apprend alors que la propriété de Nant est en vente depuis longtemps. Après une visite, les fondateurs sont convaincus qu'elle correspond à leurs besoins. L'occasion est unique, la situation idéale avec la proximité de l'Étoile du Matin, et le projet d'acquisition encore une fois poussé par Mme Monney qui a déjà largement contribué à l'expansion de la clinique, par son dynamisme et sa faculté d'évaluation des possibilités de développement. On suppose également que « ses humeurs » (hypomanie) ont joué un rôle dans cette affaire selon son fils Jean-Claude. Les banques sont réticentes, mais un parent des fondateurs se porte garant ; le financement est complété par un solde d'héritage échu à ce moment, par un don anonyme de vingt mille francs qui semblent « tombé du ciel » pour les fondateurs, et par un prêt de

¹⁴⁰ Interview de J.C Monney, ref. citée

¹⁴¹ Interview de J.C Monney, ref. citée

dix mille francs qu'une amie des fondateurs finit par léguer plus tard à l'institution. La propriété de Nant est acquise à fin du mois de mars 1951.

En juillet 1951, les premiers « hôtes » arrivent à Nant après que le chalet de la propriété ait été réaménagé. En 1952, les travaux de réfections sont entrepris au Petit Nant, un bâtiment annexe au chalet. La propriété du Genévrier est vendue peu après à la Fondation Eben-Hézer. Le fruit de cette vente permet la modernisation de l'Étoile du Matin avec l'installation du chauffage central. Progressivement, cette dernière se spécialise dans les postcures, la réadaptation, la convalescence et le repos en complément des activités thérapeutiques de Nant qui devient une clinique en 1957, c'est-à-dire un lieu de soins sous convention avec les caisses d'assurance maladie. La réorganisation s'achève en 1965 avec la démolition du Petit Nant à la place duquel est construit un bâtiment hospitalier. Les patients séjournent à l'Étoile du Matin pendant les travaux.

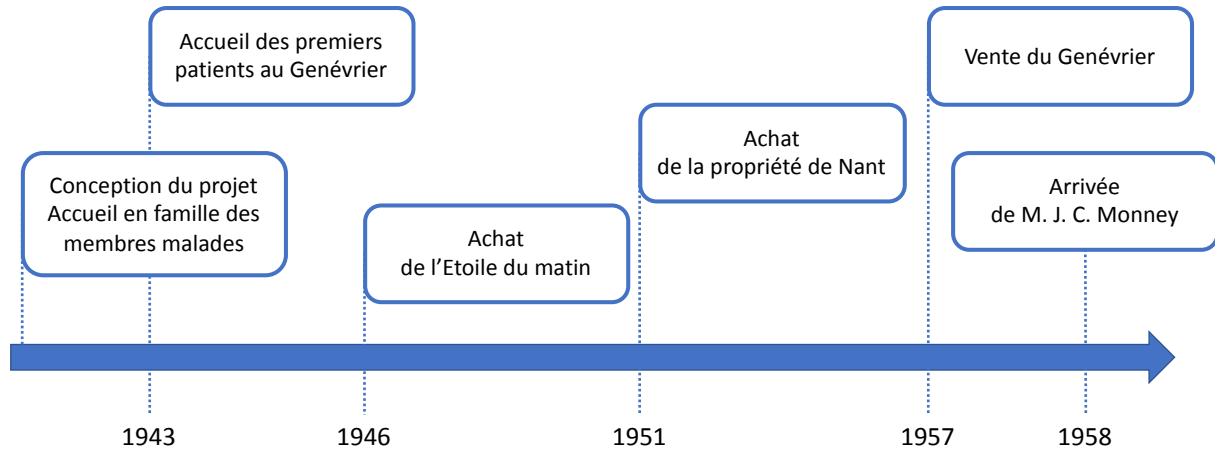
Les enfants des fondateurs suivent des formations dans des domaines utiles à l'exploitation de l'entreprise : Armand, le premier fils, se forme à l'école hôtelière, Jean-Claude, le deuxième garçon, suit celle d'infirmier, Pierrette, leur fille, celle d'assistante sociale et Daniel, le cadet, celle de dessinateur-architecte. Jean-Claude fait sa formation d'infirmier en psychiatrie à l'hôpital de Cery, puis travaille de juin 1957 à juin 1958 comme infirmier à l'hôpital du Burghölzli à Zurich, en même temps que le Dr Christian Müller, futur professeur de psychiatrie à Lausanne. J.C. Monney prend finalement ses fonctions le 13 juin 1958 à la future Fondation de Nant, où il travaillera pendant 38 ans en qualité d'infirmier-chef jusqu'à sa retraite en 1996.

L'équipe médicale se structure. Le Dr Audéoud est alors responsable médical. Il prend l'initiative de contacter le Dr Edmond Gilléron (futur professeur de psychiatrie à Lausanne) pour l'engager comme médecin assistant, mais il quitte l'institution en 1960 pour des raisons de santé, et c'est son successeur, le Dr Maurice Genton, qui engage finalement Edmond Gilléron. Ce dernier rentre de Paris et n'a pas encore passé son examen final de médecine. Il a répondu à une annonce cherchant un médecin pour trois mois, mais il y reste finalement trois ans : les fondateurs l'apprécient et lui offrent de ne travailler qu'à mi-temps tout en percevant un salaire à temps plein, ce qui lui permet de finir « tranquillement » ses études et de passer son examen final. Devenu médecin assistant, il entretient une excellente collaboration empreinte de respect avec J.-C. Monney dont il loue les compétences et l'humanisme, et souligne la grande modestie alors que ce dernier lui apprend beaucoup.

L'évolution de la psychiatrie impose une certaine professionnalisation des soins. En particulier, la découverte et l'utilisation des psychotropes, des neuroleptiques depuis 1952 et plus tard des antidépresseurs, ont un impact d'une part sur la diminution des durées de séjour, et d'autre part sur la nécessité d'employer plus de personnel spécialisé pour l'administration et la surveillance de ces nouveaux traitements. Des infirmières et un deuxième médecin assistant sont engagés, la Dre Micheline Gilleron. Ces renforts sont d'autant plus nécessaires que le Dr Genton n'est présent que deux fois deux heures par semaine pour superviser le travail et rencontrer quelques patients. Deuxième psychiatre installé en cabinet libéral privé à Lausanne, après le Dr Gloor, ses revenus restent faibles compte tenu de la rémunération des consultations (20 CHF) et il a accepté le mandat à Nant le temps que les fondateurs trouvent un psychiatre qui s'installe dans la région de Vevey et partage son temps entre sa clientèle privée et l'institution.

Cette première période, de l'acquisition du Génévrier et la structuration de l'équipe médicale, est caractérisée par l'opportunisme, l'engagement, l'implication, la responsabilisation, et la volonté de bien faire dans un projet commun et des valeurs partagées. Les fondateurs saisissent les opportunités qui s'offrent à eux : transformer le handicap de l'accident d'un membre fondateur en occasion de réaliser le projet, acquérir les biens immobiliers disponibles et les adapter à leurs nouvelles fonctions, prolonger le contrat de travail avec le Dr Gilliéron, etc. L'engagement et l'implication se retrouvent aussi chez les fondateurs, qui investissent tous leurs biens dans le projet et qui partagent leur vie avec les patients qu'ils accueillent. Chacun des employés est responsabilisé : les fondateurs savent se faire aider, mais agissent de manière autonome et assument leur choix. La volonté de bien faire, voire de faire *mieux* que ce qui est fait à l'époque pour venir en aide aux malades mentaux, est aussi un point marquant du projet, que les fondateurs justifient par leurs motivations religieuses et les valeurs chrétiennes qui les habitent. Ce sont des entrepreneurs autonomes qui se « débrouillent avec les moyens du bord » par conviction, ce qui semble leur réussir. Si l'entreprise est familiale à ses débuts, elle se professionnalise rapidement dans le domaine des soins avec l'arrivée de Jean-Claude Monney en qualité d'infirmier, puis des premiers médecins assistants. Cette évolution va de pair avec la formalisation d'une raison sociale qui règle les problèmes liés aux successions.

Figure 2 : Naissance du projet et premières réalisations, de 1940 à 1961



1.2. Les premières mutations : la constitution de la Fondation et la professionnalisation, de 1961 à 1968

Les années 1960 marquent la poursuite intensive de professionnalisation pour ce qui va devenir la Fondation de Nant. Ce qui caractérise cette période est la poursuite de l'intégration dans le projet originel de compétences professionnelles soignantes et médicales compatibles avec les valeurs en place. Il ne s'agit pas d'un changement radical mais d'une évolution progressive et soutenue. Il n'y a pas changement de culture brutale avec rupture mais plutôt une évolution progressive qui garde la même direction avec les mêmes valeurs dans un projet qui s'étoffe et s'adapte. La professionnalisation s'opère par la médicalisation de la prise en charge, la transformation de l'entreprise familiale en Fondation et l'évolution de son administration (1.2.1). La construction d'un nouveau bâtiment marque une nouvelle étape dans le développement de la Fondation et sa professionnalisation (1.2.2). La Fondation de Nant intègre le groupement des hôpitaux vaudois comme établissement psychiatrique, puis adhère à la VESKA (association des hôpitaux suisses). Elle répond à la demande de l'État d'intégrer plus de personnel diplômé en soins infirmiers et engage dès 1964 un médecin chef, alors que jusque-là, il n'y avait qu'un psychiatre consultant avec un assistant. Nant commence également à accueillir des stagiaires en formation infirmière.

1.2.1. Vers une consolidation statutaire et professionnelle

Le 31 octobre 1961, l'institution se constitue en fondation, ce qui lui donne un nouveau statut et permet de régler les questions liées aux successions des fondateurs et en particulier aux enfants Monney. Ce projet n'est pas nouveau. Dès la création de

l'institution, les fondateurs avaient souhaité constituer une fondation mais « *ce ne fut pas possible à cause de la loi préservant la part des enfants dans un tel cas*¹⁴² ». En 1953, ils avaient demandé sans succès au département des finances pour tenter d'obtenir l'exonération des droits de mutation « *dans des limites acceptables* » en argumentant leur travail d'utilité publique¹⁴³. Cette nouvelle démarche répondait au souci des fondateurs que « *cette œuvre ne [puisse] subsister après [leur] décès.*¹⁴⁴ ».

La première séance du Comité de la Fondation a lieu le 1^{er} décembre 1961. Ce comité est composé du pasteur Hoyois (Président), des membres fondateurs, René Monney et sa femme, Colette Oehniger (secrétaire), d'Armand Monney (membre, 1^{er} fils des fondateurs), et de deux suppléants, Victoria Schleppey (membre fondatrice) et Jean-Claude Monney (2^{ème} fils des fondateurs).

Jusqu'au 1er juin 1962, la propriété de Nant était une SA (société foncière) indépendante. À partir de cette date, elle intègre la Fondation qui ne comprenait jusqu'alors que l'Étoile du Matin. La dissolution de la SA a été possible sans taxes parce que le Département a encore, une dernière fois pour cette année, prolongé l'exonération des taxes sur la Fondation (amnistie). Cette démarche aboutit définitivement le 27 décembre 1962.

Entre temps, la Fondation de Nant intègre, le 21 juin 1962, le groupement des hôpitaux vaudois (GHRV) qui regroupe la plupart des hôpitaux privés du canton. La Fondation est le deuxième établissement psychiatrique à intégrer le GHRV après la clinique du Vallon, une petite clinique d'une quinzaine de lits, qui appartient à l'Armée du Salut et s'occupe principalement du traitement des patients alcooliques. Suite à l'intégration du GHRV, la comptabilité de Nant se fait alors selon le modèle des hôpitaux régionaux avec également un vérificateur des comptes.

Le premier rapport de gestion de la Fondation est établi le 26 juin 1962. Il est encore très empreint de l'esprit religieux des fondateurs :

« Nous ne pouvons commencer la rédaction de ce premier rapport de gestion de la nouvelle "Fondation de Nant" sans exprimer notre triple reconnaissance :

¹⁴² Correspondance des fondateurs au Département des finances du 29 janvier 1953, p. 1

¹⁴³ Correspondance des fondateurs au Département des finances du 29 janvier 1953, p. 7

¹⁴⁴ Correspondance des fondateurs au Département des finances du 29 janvier 1953, p. 7

- à celui au nom de qui la Fondation a vu le jour, notre Maître et Seigneur Jésus Christ

- à ceux qui, s'étant mis au service du Maître, ont travaillé depuis des années, réalisant, dans l'obéissance, une œuvre qui a déjà aidé des centaines de malades et de personnes fatiguées à retrouver santé et paix

- à ceux enfin qui, par leurs conseils, leur bienveillance, leur générosité, ont permis de transformer cette maison de caractère privé en Fondation.

[...] À Dieu seul la Gloire. »

Le rapport de gestion de 1963 fait lui aussi mention de Dieu : « *parce que nous travaillons... avec amour et consécration, nous regardons l'avenir avec confiance. Dieu bénisse notre ouvrage.* »

Dans le quotidien, l'aspect religieux est présent sans qu'il soit possible d'en évaluer la portée réelle. Le capitaine de l'Armée du Salut vient par exemple faire le culte. Un recueillement est organisé chaque matin de 6 h 55 à 7 heures avant le petit-déjeuner avec le personnel infirmier. Les repas se prennent en commun entre patients et personnel. Seul le Dr E. Gilléron mange à part avec Mme Oehninger que l'on peut qualifier de directrice administrative. Les feuilles de route des unions chrétiennes servent de support au recueillement du matin et c'est Mmes Monney et Oehninger qui s'en chargent. Le Dr E. Gilléron « confesse » que Mme Oehninger lui demandait quelquefois de lui laisser un patient (« *celui-là vous me le laissez ?* »¹⁴⁵) pour le prendre en charge de manière uniquement spirituelle. On peut imaginer que cette dimension religieuse impactait la vie communautaire, et également celle des familles du personnel qui étaient très impliquées. Ainsi l'organisation des soins ne semble pas optimale pour le Dr E. Gilléron qui s'en plaint : les mères de famille quittent leurs tâches pour aller s'occuper de leur famille... En fait, ces mères de famille travaillent bénévolement dans la mesure de leur possibilité, l'organisation reste plutôt familiale.

Si l'esprit religieux des fondateurs reste très présent, il ne semble pas se manifester dans les soins, même s'il est difficile d'en mesurer la portée à partir des entretiens que nous avons réalisés : les personnes interrogées évaluent les pratiques en vertu de leurs représentations. Il apparaît cependant de manière très claire qu'aucune personne ne

¹⁴⁵ Interview de Dr. Gilléron.

subissait des pressions si elle ne partageait pas ses croyances et qu'il n'y a jamais eu de conflit ni de problème entre les patients et les fondateurs sur ces questions.

Les pratiques de gestion se formalisent et la Fondation commence à sortir de la gestion familiale. Dès 1962, le conseiller financier M. Villos propose que les responsables suivent une formation et notamment la conférence de M. Santschy : « Concevoir et diriger ». En 1964, un premier organigramme est formalisé, dans lequel Jean-Claude Monney est officiellement infirmier chef.

Des normes sont fixées pour les salaires, même si la convention collective (contrat collectif) n'est pas appliquée pour les infirmiers à cause de la pénurie de personnel. C'est une période difficile pour le recrutement des infirmiers diplômés (qui restera un problème récurrent). Les conditions salariales comprennent une partie du salaire en nature : logement et nourriture. Par exemple, une veilleuse touche un salaire brut mensuel de 850 CHF (soit 650 CHF net), une infirmière entre 655 à 700 CHF par mois, et les responsables 1 200 CHF. Le projet de créer une caisse de retraite pour les employés est discuté dès 1962. Elle voit le jour en décembre 1964 (avis constitutif). Il faudrait 30 employés pour la constituer mais ce chiffre n'est pas encore atteint. Mlle Chapuisat en assurera la présidence jusqu'à son décès accidentel en 1967 et sera remplacée par M. Villos. Par la suite, le président de la caisse de retraite sera toujours un membre du Conseil de Fondation après sa création en 1969 (cf. 1.1.3 de la 2^{ème} partie, p.248).

Les comptes de l'année 1962 s'équilibrent entre Nant qui est déficitaire et l'Étoile du Matin qui est bénéficiaire. Ces « fusions » entre différents services seront souvent utilisées pour équilibrer les comptes, notamment entre l'ambulatoire et l'hospitalier, alors plus rentable. Une visite au Samaritain, hôpital général de Vevey, est organisée pour voir leur comptabilité et leur règlement, dans l'objectif de se rallier à la comptabilité des hôpitaux. La comptabilité de Nant semble assez conforme mais la facturation est nettement simplifiée. La première convention avec l'État et les assurances est signée en 1963. La même année, la Fondation de Nant est reconnue par la fédération des organismes de la Sécurité Sociale française parce que des patients viennent de France pour être pris en charge à Nant. Le prix de journée n'est pas connu. Les assurances suisses ne payent que 23 francs par jour, l'État se charge du reste. Nous savons que pour la sécurité sociale française, le prix de journée était fixé à 35 CHF sans les cures spéciales ou examens médicaux. En comparaison, la même année, le prix de journée à Saint Anne à Paris est fixé de 43 CHF, Ville-Evrard 38,08 CHF, Charonne 38,25 CHF.

Début 1963, les directives de l'État exigent plus de personnel diplômé. L'école cantonale d'infirmiers en psychiatrie ouvre ses portes en 1961. Il faut trouver des infirmières : trois infirmières diplômées et quatre aides pour Nant alors qu'une seule infirmière et une aide pour l'Étoile du Matin répondent aux exigences de l'État. Les médecins assistants sont tout aussi difficiles à recruter malgré les lettres de recommandation des Professeurs Müller de Lausanne et Ajuriaguerra de Genève. L'annonce qui paraît à ce moment fait mention de clinique « *d'inspiration chrétienne* ». En attendant, Nant demande à deux médecins appréciés de la Fondation, les Dr Micheline et Edmond Gilléron, d'assurer l'intérim. Pour pallier ce problème chronique, le Dr d'Eggis, premier médecin chef, envisagera dès 1965 la possibilité d'engager des stagiaires médecins.

Les soins s'organisent et un projet clinique se profile : héberger les patients chroniques au chalet et construire un nouveau bâtiment hospitalier pour les autres patients en situation plus aiguë. Les responsables de Nant visitent quelques établissements dont l'hôpital psychiatrique de Perreux près de Neuchâtel et celui de Rosegg à Soleure. Le nouveau bâtiment pourrait être financé avec la vente d'une partie des terrains attenants à l'Étoile du Matin. La vente des terrains de l'Étoile du Matin servira encore à financer à l'avenir d'autres projets comme celui de l'Espace Santé Rennaz ou encore le bâtiment de consultation de la rue des Communaux à Vevey en 2015. En effet, cette propriété comprend de grandes surfaces de terrain à bâtir autour du bâtiment qui ont pris beaucoup de valeur. Le projet de construction est intégré au recensement qu'effectue le GHRV pour les 15 années à venir. Mais la question financière est préoccupante. Les responsables, inquiets et probablement dépassés par certaines questions, envisagent de créer un Conseil de Fondation en plus du Comité de Fondation, afin de s'entourer de personnes compétentes pour les épauler. Ce Conseil de Fondation pourrait se réunir une ou deux fois l'an.

En mai 1963, le Dr M. Genton, qui assure la responsabilité médicale depuis 3 ans, donne sa démission. Nant a une année pour trouver son remplaçant. Au mois d'octobre, il est proposé d'engager le Dr Herbert d'Eggis, chef de clinique à Cery, qui envisage de s'installer à Vevey. Il est finalement engagé le 1^{er} avril 1964 pour assurer la responsabilité médicale, avec une présence uniquement le matin pour un salaire de 2 500 CHF par mois. Le Dr d'Eggis est le premier médecin chef de la clinique de Nant à assurer une présence régulière à mi-temps. Le Service de la santé publique accorde l'autorisation au Dr d'Eggis

d'exercer sans assistant pour une année, jusqu'au 31 mars 1965. Le 15 janvier 1965, la Dre Dufey est engagée, le Dr d'Eggis souhaitant collaborer avec une femme.

Le Dr d'Eggis poursuit la professionnalisation des soins. Il instaure notamment la tenue de dossiers médicaux. Un rapport final est notamment adressé au médecin envoyeur. Avec la consultation du Dr d'Eggis à Vevey, ce changement permet à la Fondation de Nant de se faire connaître des médecins de la région qui commencent à lui adresser leurs patients, alors que sa patientèle était jusque-là principalement recrutée en dehors du canton de Vaud, principalement à Genève et dans le Valais. Ce début d'ancrage régional se finalisera avec la sectorisation en 1968, quand la clinique de Nant deviendra « l'hôpital du secteur Est » (cf. 1.3.1 en page 79).

1.2.2. Développement et choix stratégiques

L'année 1965 marque le début de l'étude des plans de transformation de Nant : l'agrandissement du chalet pour les bureaux de la direction, le secrétariat et la réception, et la démolition du bâtiment « Petit Nant ». Les malades les plus graves doivent être gardés dans la nouvelle construction, dans laquelle il est envisagé de sécuriser des chambres et de prévoir une infirmière présente 24h sur 24 dans le bâtiment du Petit Nant à la place des aides. Le projet prévoit un total de 120 lits : 40 à la clinique, 40 au chalet et 40 à l'Étoile du Matin qui convient bien aux patients chroniques. Le crédit pour la nouvelle clinique est accordé par la Banque Cantonale Vaudoise grâce à la caution de parents des fondateurs, les époux Ernest Chollet. Il se monte à 1 920 000 CHF. Les plans sont revus entre la fin d'année 1965 et mars 1966.

En mai 1966, le bâtiment du « Petit Nant » est démoli. Les patients sont répartis entre l'Étoile du Matin et le chalet du site de Nant. L'agrandissement de l'aile du chalet est terminé en juillet. Les devis pour la nouvelle clinique sont dépassés de 200 000 CHF, le coût global atteint 2 200 000 CHF. Des démarches de demande de soutien sont faites auprès des entreprises pharmaceutiques et Nestlé, mais n'aboutissent pas. En 1967, la nouvelle clinique est encore en plein chantier, mais le gros œuvre est terminé depuis la fin de l'année précédente. En 1967, la Fondation demande au Service de la santé publique de rectifier le nombre de lits qui s'élève à 120, et l'inscription de l'Étoile du Matin au GHRV est demandée à titre de dépendance de Nant.

La Fondation de Nant compte 120 lits, mais la demande est importante et la liste d'attente s'allonge dès 1966. Cette année marque aussi la révision du règlement pour les malades

qui est distribué à chaque patient à son arrivée. Les prix de journée sont en 1965 au « Petit Nant » de 30 CHF pour une chambre à deux et de 38 CHF pour une individuelle. Pour la sécurité sociale française, les prix sont fixés à 45 CHF pour Nant et 35 CHF pour les convalescences à l'Étoile du Matin. La mise en œuvre de la convention d'hospitalisation est problématique. En effet, celle-ci n'est pas appliquée pour l'hôpital psychiatrique cantonal de Cery pour lequel les assurances ne versent que la moitié du tarif de Nant. Si les assurances appliquent le tarif pour Nant, elles devront aussi l'appliquer pour Cery. M. Zwahlen, secrétaire général du groupement des hôpitaux vaudois (GHRV), négocie avec succès pour tenter de faire appliquer la convention pour Nant.

Pour améliorer les prestations aux employés, une assurance maladie collective avec Les Secours Mutuels (Sté vaudoise) est contractée pour le personnel avec une cotisation de 13,25 pour les hommes et 15,80 CHF pour les femmes. la totalité des frais hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques est assurée sans réserve. Seuls 50 % des frais sont remboursés pour les spécialités y compris la psychiatrie, « pour le moment » assure-t-on. Par ailleurs, le règlement définitif de la caisse de retraite de Nant est adopté définitivement en 1966. Au niveau des conditions de travail, la nouvelle loi sur le travail impose un maximum de 50 heures par semaine. Le Dr d'Eggis refuse une augmentation de salaire.

Du point de vue de l'environnement institutionnel, la Fondation de Nant demande en 1965 son adhésion à la VESKA, l'association suisse des hôpitaux. Initialement, la demande a été faite à l'association des établissements psychiatriques, mais celle-ci a intégré la VESKA. L'adhésion est effective en mai 1965.

Pour les fondateurs, la construction constitue une nouvelle étape et ils constatent ensemble qu'il manque un coordinateur : « *Ce mois a permis de prendre conscience non plus aisément d'une situation qui ne joue plus [...] sans en charger l'un ou l'autre, en acceptant les conséquences ensemble [...] il n'est plus possible d'épiloguer sur les conséquences [...]une fois de plus nous avons constaté l'absence d'un coordinateur, ou un chef d'équipe* ¹⁴⁶ » Manifestement, avec l'agrandissement de l'institution, le faire-ensemble qui fonctionnait jusque-là atteint ses limites, malgré une solidarité toujours intacte. Les fondateurs souhaitent que le Pasteur Hoyois prenne la direction de l'établissement. Ils lui

¹⁴⁶ Document interne établi au moment de faire la demande au Pasteur de prendre la direction de la Fondation

adressent une demande officielle par courrier le 25 octobre 1966, qui précise que « *la Fondation n'est pas un simple hôpital psychiatrique. Il s'agit d'une œuvre que le Seigneur a suscitée pour un ministère particulier... Il y a donc un but à poursuivre, et si l'élément spirituel n'est pas repris valablement au moment où nous agrandissons, nous risquons d'avoir travaillé en vain... Pour que le fondement demeure, il importe que la direction ne soit assumée ni par un administrateur, ni par un médecin directeur, mais par un serviteur de Dieu...* ¹⁴⁷ » La pérennité qui intéresse les fondateurs se trouve dans la dimension spirituelle de leur « œuvre » plus que dans celle de l'établissement qu'ils ont créé.

L'organigramme doit être pensé pour l'entrée en service de la nouvelle clinique. Il faut établir une hiérarchie selon les postes et les responsabilités pour assurer la coordination. Depuis 1965, J.C. Monney est le responsable officiel « médical », intermédiaire entre les médecins et les infirmières, et une infirmière responsable est nommée par étage. Sœur Vic est devenu cheffe du personnel et responsable de la réadaptation et des postcures (Étoile du Matin). En 1967, l'enjeu est de trouver des infirmières, un comptable et un troisième médecin assistant.

L'école d'infirmière en soins généraux de Bois-Cerf à Lausanne envoie des stagiaires dès le 1er avril 1967 pour des stages de 2 mois. Cette école a été créée par des religieuses, les liens religieux restent actifs. Des contacts sont également pris avec l'école de Saint-Loup, un petit village du centre du canton de Vaud, pour accueillir des stagiaires infirmières lorsque la nouvelle clinique sera en fonction. Il s'agit aussi d'une école de soins généraux, créée et dirigée par des religieuses, les diaconesses de Saint Loup. Après la visite du Dr Nicod et de deux Sœurs de l'école de Bois-Cerf, il est décidé que l'école envoie deux stagiaires pour 2 mois dès le mois de juin de cette année. Les deux premières stagiaires sont Mmes Jacqueline Gury (ancienne directrice de la HES santé de Fribourg) et Mme Suzan Bruchweiler, qui deviendra directrice de l'école de Bois-Cerf avant d'occuper d'autres fonctions de cadres supérieurs. Les stagiaires de l'école de l'hôpital psychiatrique de Cery à Lausanne sont aussi acceptés : le projet prévoit un ou deux stagiaires à l'automne 1967, pour des stages de 6 mois rémunérés 675 CHF par mois. Le premier stagiaire infirmier de Cery arrive à Nant le 1er mai 67, et deux autres suivent en juin.

Par ailleurs, la revue des infirmières « Aimer et servir » demande en 1965 un article sur la Fondation et ses tâches. Pour améliorer les prestations de réadaptation, une

¹⁴⁷ Correspondance des Fondateurs (M^{me} C. Oehninger et M. R. Monney) au Pasteur Hoyois 25.10.66

ergothérapeute est recherchée. On note également une très bonne entente et une bonne collaboration entre le Dr d'Eggis et le Prof. Müller, responsable de l'hôpital de Cery.

Nant est convoquée le 7 juin 1967 devant la commission chargée du plan hospitalier en psychiatrie. En fait, la délégation de Nant venait simplement pour demander une garantie de prêt financier pour la construction de la nouvelle clinique, ce qui a un peu étonné les interlocuteurs de la commission. Il est alors officiellement demandé à Nant de prendre la charge d'hôpital de secteur sans être étatisé, c'est-à-dire en gardant son autonomie et son statut privé. Ce statut impose de réserver des lits pour les Vaudois et peut-être même d'agrandir la clinique. Il est question d'une convention entre Nant et le Département de la santé publique. Sont présents à cette rencontre le médecin cantonal, le chef du Service de la santé publique et les professeurs Müller et Schneider, les Dr Bergier et Henny. L'enjeu est de taille, car si Nant refuse cette mission de santé publique, l'État devra construire un hôpital psychiatrique dans la région de Villeneuve, ce qui remettrait en question la possibilité pour Nant de fonctionner.

L'inauguration de la nouvelle clinique a lieu le 23 septembre 1967. Cette manifestation est financée par la firme Geigy pour 200 invitations. Une journée « portes ouvertes » est organisée le lendemain, dimanche. La presse locale en fait une couverture favorable qui ne manque pas de relever l'esprit religieux des fondateurs : « *la pierre angulaire de cette œuvre a été et reste selon les statuts de la Fondation Jésus Christ, l'ami de tous les hommes*¹⁴⁸. » Cet esprit se retrouve aussi dans la pratique quotidienne, preuve en est cette note du PV du Comité de Direction du 15 mars de la même année 1967 : « *on pense que la prière à table serait préférable au chant...* » La presse relève la volonté d'autonomie de la Fondation et sa dissidence par rapport aux autres établissements psychiatriques du canton : « *La Fondation de Nant tient à ne pas passer totalement sous le contrôle des organes officiels* ». Mais une collaboration est bien entendu possible. « *Les dirigeants veulent maintenir un cadre ouvert... Une collaboration étroite règne entre les médecins et le personnel médical, car tous épris du même idéal*¹⁴⁹. » Les comptes de la construction sont dépassés de 340'000 CHF, les prix de pension seront établis en fonction du budget, ce qui est particulier par rapport aux autres établissements psychiatriques du canton qui n'ont

¹⁴⁸ Feuille d'avis de Vevey, 23 septembre 1967

¹⁴⁹ Ibid.

pas à se soucier des investissements parce qu'ils sont assurés par l'État et n'intègrent donc pas ces charges dans leur prix de journée.

La convocation par le service de la santé publique du 31 octobre 1967 sert à la négociation de la convention d'hospitalisation, établie par le Département, qui prévoit entre autres de garder 50 % des lits à disposition de la psychiatrie publique.

Figure 3 : Localisation des sites de la Fondation jusqu'en 1968

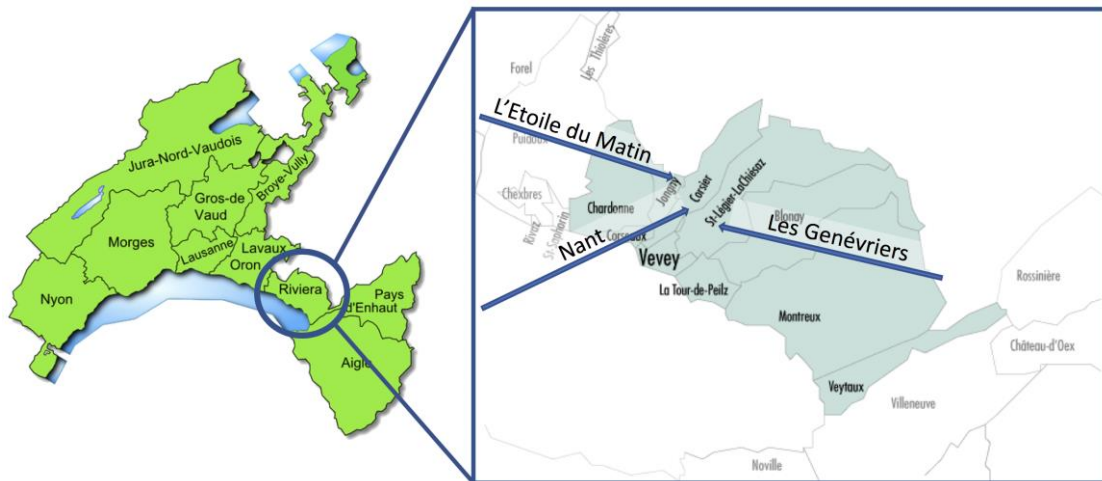
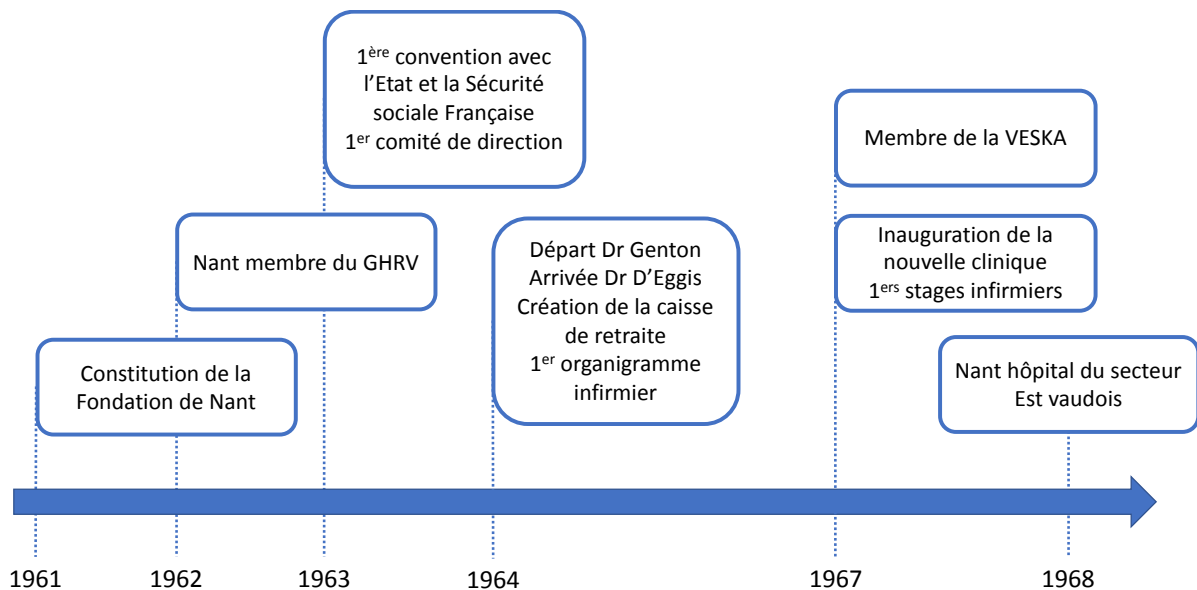


Figure 4 : Repères de 1961 à 1968



1.3. La maturation du projet

1968, et son célèbre mois de mai, est vraisemblablement l'année de la grande remise en question des institutions et de l'autorité. Cet esprit impacte aussi la psychiatrie avec notamment les mouvements de l'antipsychiatrie de D. Cooper et R. Laing et les remises en question de l'institution psychiatrique par quelques sociologues et philosophes dont E.

Goffmann et M. Foucault. Pour Nant, la « révolution » de 1968 est la signature avec l'État d'une convention qui reconnaît la clinique de Nant en qualité d'hôpital de secteur avec un statut privé : en parallèle d'une évolution régulière marquée par le développement de son offre, la structuration de l'organisation des soins et de la gouvernance interne, la Fondation de Nant devient successivement un hôpital conventionné par l'État en 1968 (1.3.1), un hôpital de secteur de l'Est vaudois en 1973 (1.3.2), puis le secteur de l'Est vaudois en intégrant les unités de soins de l'État pour devenir le seul secteur privé d'utilité publique du canton et de la Romandie (1.3.3).

1.3.1. La reconnaissance : de la clinique de Nant (hôpital conventionné) à l'hôpital de secteur, de 1968 à 1973

Entre 1968 et 1973, la clinique de Nant fonctionne comme hôpital conventionné. Cette période hospitalière est marquée par de nombreuses difficultés, en particulier avec les nouveaux médecins chefs qui ne partagent pas la vision des fondateurs et décident de quitter l'établissement. Cette période est aussi caractérisée par l'importance des liens formels avec l'environnement qui impacte l'organisation de la Fondation mais lui permet aussi de survivre. La Fondation montre sa capacité d'adaptation et en tire profit en se professionnalisant tout en gardant son projet et ses valeurs.

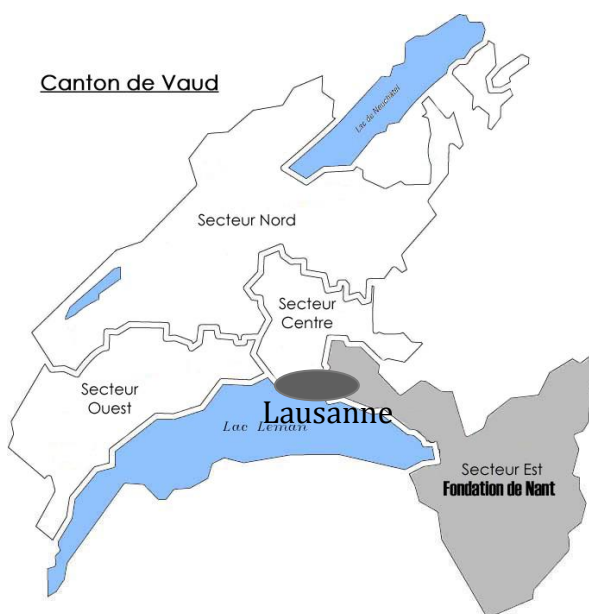
1.3.1.1. Les enjeux du conventionnement

Dans le domaine de la psychiatrie, les années soixante sont notamment marquées par la création des secteurs psychiatriques en France par la circulaire du 15 mars 1960. La sectorisation impacte fortement la Suisse romande. Le Professeur C. Müller de Lausanne est acquis à cette conception d'organisation régionale des soins et s'emploie à la déployer dans le canton de Vaud où elle est appliquée dès 1967.

La convention entre le Département de la Santé Publique et la Fondation de Nant est signée au début de l'année 1968. Nant est désormais considéré comme un hôpital de secteur psychiatrique. Mais les assurances refusent de payer les tarifs. Une négociation est menée par le secrétaire du GHRV : elle aboutit à un forfait de 40 CHF par journée dont la répartition est de 18 CHF pour les assurances et 22 CHF à la charge de l'État (à titre de comparaison, le prix de journée d'un hôpital général est de 75 CHF). Pour les patients extra-cantonaux, les tarifs sont adaptés : 45 CHF en chambre double et 55 ou 60 CHF en chambre individuelle. En 1969, le Chef du SSP relève la difficulté avec les caisses maladie pour appliquer la convention. Nant étant la seule institution non étatisée, il est difficile

d'établir les prix de revient pour tous les établissements psychiatriques car les critères ne sont pas comparables à ceux des institutions d'État qui n'ont pas de charges d'investissement. En 1969, le Dr D'Eggis dénonce la collaboration difficile avec Cery, au sujet de la place de Nant dans la sectorisation. Une rencontre est organisée pour tenter de résoudre le problème. En particulier, le prix de journée reste toujours différence compte tenu du fait que Cery n'a pas d'investissement pour acheter, construire ou agrandir des bâtiments, contrairement à Nant qui construit par exemple à ce moment les ateliers d'ergothérapie. En 1971, la convention augmente les prix de journée à 75 CHF (contre 90 pour la somatique), dont 32 CHF francs à la charge des caisses d'assurance et 43 à celle de l'État, et à 27,5 CHF pour l'Étoile du Matin (postcure), dont 18,5 pour les caisses et 27,5 pour l'État. En 1972, la révision de la convention augmente encore les tarifs à 120 CHF par journée et 42,20 pour l'Étoile du Matin.

Figure 5 : Carte des secteurs psychiatriques vaudois



Ce nouveau statut d'hôpital conventionné semble être une préoccupation majeure des responsables de Nant. La direction projette d'envoyer une lettre circulaire aux médecins pour préciser que « *Nant reste autonome pour que sa structure ne soit pas confondue avec celle de Bellevue et Prangins*¹⁵⁰ » qui sont devenus des hôpitaux d'État. Mais la lettre n'est finalement pas envoyée de peur de susciter trop de demandes de patients à recevoir qui ne pourrait être assumées. En été 1968, M. le Conseiller d'État Schumacher accompagné du Chef du SSP et de la commission chargée d'étudier la consolidation des emprunts de

¹⁵⁰ PV du Conseil de direction du 4 septembre 1968

construction vient visiter Nant. Le Président du GHRV, est aussi présent. Il expose l'histoire de la Fondation et M. Villosz, conseiller financier, souligne l'effort financier de Nant pour assurer la survie de la Fondation sans l'aide de l'État, « *ceci pour conserver son caractère propre, son autonomie et son dynamisme* ». Nant ne demande pas un financement, mais seulement une garantie d'emprunt. M. Schumacher appuie M. Villosz : « *l'État apprécie ces œuvres autonomes et qu'il n'est pas question de l'étatiser* ».

D'autres instances se saisissent de la question, en particulier le Conseil de Fondation. La création d'un conseil est discutée dès le début de l'année 1968, sous le nom de « Comité de Fondation ». Dans ce nouvel organe, Nant devrait offrir un siège à un représentant de l'État. Le premier projet prévoit que le Comité de Fondation se réunisse deux fois par année. En fin d'année, les statuts de la Fondation sont modifiés. Leur article 9 prévoit un « Conseil » de 15 membres. Sont proposés pour y participer, les « amis » qui ont aidé Nant : M. Villosz, conseiller financier ; M^e RoCHAT, notaire ; M. Ernest Chollet, qui s'est porté garant pour acquérir la propriété de Nant ; le représentant de l'État et les membres actuels. Un représentant du synode de l'Église réformée est également pressenti. Les statuts prévoient que le Conseil se réunisse deux fois par année et délègue la direction de l'établissement au Comité Directeur qui, lui, se réunit une fois par mois.

La première séance du Conseil a lieu le 31 mai 1969 en présence d'un représentant du SSP, du pasteur Chapuis et de Mlle Schleppey. Le professeur C. Müller ne peut y assister. Les rapports de gestion, médical et financier sont présentés. Dans ce dernier, M. Villosz relève que la convention reconnaît Nant comme hôpital de secteur et que la psychiatrie, dans le secteur, est sous-développée. Il rappelle l'origine de l'établissement comme entreprise familiale, dont l'évolution l'a fait se transformer en Fondation et dont le statut actuel est un établissement hospitalier. Il pose ouvertement la question d'associer plus étroitement le personnel à un but commun, par exemple par une participation financière au résultat. À nouveau la question se pose de faire connaître au public Nant comme établissement non étatisé. M. Burnet pense contacter la presse. Le 13 juin 69, après cette première séance du Conseil, une séance d'information avec tout le personnel est organisée sur l'histoire et l'actualité de Nant.

Le statut de Nant préoccupe le Dr D'Eggis. En 1970, après une rencontre avec le prof. Müller, il pense que dans la nouvelle structure de secteur, il ne sera plus possible d'assurer des soins suivis ni même de choisir son personnel et ses médecins. Les préoccupations du Dr d'Eggis sont partagées par le pasteur Hoyois, Président du Conseil de Fondation, qui se

demande aussi ce qu'il va rester de l'esprit et des particularités de Nant si une collaboration trop étroite est entretenue avec l'État : « *il faut éviter les grands hôpitaux afin de satisfaire aux exigences humaines*¹⁵¹. » Nant dispose de 114 lits et la convention signée avec l'État stipule que Nant doit prendre les patients de l'Est vaudois qui représente déjà 80 % des patients hospitalisés.

Par ailleurs, Dr D'Eggis se méfie du succès de la psychanalyse, il est persuadé que l'application de ces concepts présente un danger. Il a déjà fait acheter un livre sur les dangers de la psychanalyse, en totale contradiction avec les orientations qui seront prises par la suite en matière de philosophie de soins. Cette position est probablement alimentée par le conflit entre le Dr D'Eggis et le Prof. C. Müller qui se cristallise sur deux points : ce dernier est un psychanalyste réputé, responsable de l'hôpital psychiatrique universitaire de Cery, et fervent défenseur de la politique de secteur qui « contraint » Nant à devenir hôpital de secteur pour l'Est vaudois.

Les relations de Nant avec son environnement ne se limitent pas aux enjeux de la sectorisation. La Fondation se rapproche également des établissements somatiques. Le Prof. Gilland est sociologue au Service de la Santé Publique (SSP) et a fait une étude sur les besoins en santé. Il rencontre le Dr D'Eggis et propose d'ouvrir un centre de tri à l'hôpital général de zone. C'est le premier rapprochement avec l'hôpital somatique qui connaîtra par la suite diverses formules : liaison, centre de crise (CIT en 1986) et unité urgence crise liaison (UCL en 2009) ou unité commune pour la pédopsychiatrie (UHPP en 2007).

1.3.1.2. Vers une stabilisation des instances

Au mois de juin 1968, l'organigramme fait à nouveau l'objet d'un long travail de mise à jour. M. Armand Monney (fils des fondateurs) est chargé officiellement de l'intendance, sa femme Anne-Marie Monney de l'économat, la ferme est sous la responsabilité de M. Daniel Monney (fils cadet des fondateurs) et l'engagement d'une gouvernante est prévu. La répartition des charges pour l'aspect médical et des soins est déjà clarifiée. La mission de la Fondation est aussi redéfinie : le « *but de la Fondation : soigner et guérir, donc toute la structure tourne autour du point central : le médical*¹⁵² ». On étoffe l'équipe soignante : la

¹⁵¹ PV du Comité Directeur du 11 mars 1970

¹⁵² PV du Conseil de direction du 5 juin 1968

première ergothérapeute rejoint la Fondation le 1^{er} mars 1968. L'organigramme médical est également finalisé avec le responsable médical et l'infirmier-chef.

Une rencontre hebdomadaire de l'ensemble des responsables administratifs, médicaux, infirmiers et logistiques est instaurée en 1969. Une rencontre mensuelle avec tout le personnel est également organisée. Cette réunion contribue à construire une vision commune par l'implication et la participation de l'ensemble du personnel.

La deuxième séance du Conseil a lieu le 31 octobre 1969. Les discussions sur les attributions respectives du Conseil de Fondation et du Comité Directeur n'aboutissent finalement pas un changement de statuts, car ceux-ci permettent de préciser les tâches du Comité Directeur par un règlement. Ainsi le Conseil délègue ses compétences d'administration courante au Comité Directeur qui est composé de personnes désignées par le Conseil de Fondation et choisies parmi ses membres. Le Président et le Secrétaire du Conseil fonctionnent comme Président et Secrétaire du Comité Directeur. Cette dernière instance dirige l'exploitation de l'établissement, détermine les prix de revient, fixe les prix des pensions sous réserve des conventions. Il engage le personnel et fixe sa rémunération, détermine ses conditions de travail et prend les mesures de prévoyance nécessaires. Il soumet au Conseil de Fondation pour adoption les comptes et le budget.

Nant occupe 75 personnes et compte 43 lits cliniques et 30 lits de postcure et à partir du 15 mai 1969, 69 lits cliniques et plus que 17 lits de postcure. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 37,5 jours en 1968. 532 patients ont été soignés à Nant contre 353 en 1967. Dans son rapport médical, le Dr d'Eggis, médecin chef, relève : « *la forme de service qu'ont choisi les fondateurs : créer autour du malade nerveux un climat chaleureux, rassurant, fraternel au sens chrétien du terme, est celui même qui vise à l'attitude psychothérapeutique idéale* ». Il est intéressant de constater comment deux manières différentes de concevoir un « environnement soignant » se retrouvent et contribuent à la collaboration et à une forme de vision commune. Cette attitude permet de maintenir les portes ouvertes. Une forme de continuité des soins est instaurée en ambulatoire par Marily Stücki, infirmière, qui, de son propre chef, va visiter certains patients sortis, ou qui restent en contact entre eux, leur prodiguant conseils, écoute etc.

1.3.1.3. L'avenir de Nant dans le secteur

Les réflexions sur l'avenir de Nant sont ouvertes. Dès le début de l'année 1970, une réflexion clinique commence sur les catégories de patients : J.-C. Monney, infirmier-chef,

propose de réduire le nombre de patients chroniques et de bâtir une nouvelle division pour les cas plus aigus, donc de réorienter l'activité de la Fondation de l'hébergement vers les soins aigus. Mais la problématique centrale de la période est celle de l'intégration du secteur. Au Conseil de Fondation du 30 octobre 1970, le Prof. C. Müller annonce que le terrain de Sully, situé entre Vevey et Montreux, serait idéal pour construire un hôpital psychiatrique de 150 lits avec 50 lits supplémentaires pour les patients gériatriques pour lesquels il manque des places. Reste à voir comment Nant pourrait intégrer ce projet. Il s'agit de se positionner : devenir un véritable hôpital de secteur ou pas. Le Dr D'Eggis n'est pas favorable à cette perspective et propose de faire une clinique de psychosomatique pour Nant sans entrer dans le projet de prendre le mandat d'hôpital de secteur, mais cette perspective est estimée insuffisante. Dans la rencontre avec les chefs de secteur, la Fondation se réserve la possibilité d'étudier des alternatives, dont la possibilité d'un jumelage avec un hôpital de zone, c'est-à-dire somatique. Il ressort de cette rencontre que le Prof. Müller connaît des difficultés concernant le nombre d'admissions dans son secteur centre (Lausanne et environ) ; il est alors décidé que chaque secteur recevra les patients du secteur pour lequel il est équipé. Le secteur Est comprend à ce moment 90 000 habitants.

Nant est dans une position délicate. Le Dr d'Eggis est le seul psychiatre de la région, ce qui pose problème car il ne peut répondre à toutes les demandes. Nant doit pouvoir répondre aux besoins de la région sans être étatisé, il faut donc faire des propositions au Conseil d'État si Nant ne veut pas se retrouver qu'avec des lits C (chroniques/hébergement). Le Comité Directeur l'a compris : « *il faut offrir quelque chose et devancer leurs plans.*¹⁵³ » Devant la perspective d'assurer cette mission de santé publique consistant à prendre en charge l'ensemble de la psychiatrie publique de la région de l'Est vaudois, le Dr D'Eggis donne sa démission pour mars 1972. Le SSP s'interroge sur cette démission et maintient son objectif de faire du secteur un ensemble qui réunisse l'intra et l'extra-hospitalier pour avoir une orientation commune. Le secteur psychiatrique, sa cohérence et la vision commune de ses acteurs ne sont pas le fait d'une seule personne. Il s'agit fondamentalement d'une construction collective et progressive, quand bien même elle sera élaborée, formalisée et mise sur pied à Nant de manière personnelle par un leader, le Dr C. Miéville.

¹⁵³ PV Comité Directeur du 3 mars 1971

Au Conseil de Fondation du 30 avril 71, le Président fait part « *du souci permanent de faire mieux et moins cher, de développer un esprit d'équipe et d'offrir non seulement des soins mais aussi une atmosphère propice au rétablissement* ». Nant reçoit des cas aigus sans isolement grâce à la qualité des soins, l'humanisme incarné et l'immense implication ainsi que l'incontestable compétence de J.-C. Monney, l'infirmier-chef.

La réflexion sur l'avenir et sur la position que Nant compte occuper dans le secteur est plus que jamais à l'ordre du jour. Il manque de lits dans le canton et les deux solutions sont envisagées : créer un hôpital psychiatrique à Sully ou construire une division supplémentaire de 30 lits à Nant pour assurer sa tâche d'hôpital de secteur. M. Burnet du SSP propose de composer une commission pour examiner les possibilités de construction à Nant avec l'aide de l'architecte du service. Encore une fois en dissidence, Nant veut construire son hôpital privé contrairement aux autres établissements psychiatriques du canton. D'un point de vue clinique, il est envisagé de prendre contact avec l'établissement psychiatrique de Ville Evrard en France où le Dr Sivadon et son équipe semblent faire un travail intéressant qui va dans le sens des options de Nant. À la fin des années soixante-dix, Dr N. de Coulon s'intéressa aux travaux du Dr Sivadon pour sa thèse sur les packs, soins à médiation corporelle qui seront bientôt mis en œuvre à Nant (cf. 1.3.2.1 en page 89).

Le 30 juin 1971, le Comité Directeur prend contact avec le médecin cantonal et le Chef du SSP pour aborder le point de vue de l'État sur la sectorisation psychiatrique. Le SSP a demandé au Conseil d'État la création de poste de médecins chef de secteur. Les premiers principes généraux sur lesquels sera développée la politique de soins du secteur, commencent à se clarifier : il s'agit d'une organisation thérapeutique qui couvre toute la trajectoire du patient. La continuité des soins doit être assurée tout au long de son parcours thérapeutique. Les activités hospitalières et extrahospitalières doivent être coordonnées et assurées par la même équipe thérapeutique en fonction des besoins. Il doit exister un trait d'union entre l'hospitalier et l'extra hospitalier. Pour l'heure, seul Prangins, secteur Ouest vaudois, s'est organisé de la sorte. La sectorisation se construit progressivement.

1.3.1.4. Le difficile recrutement d'un médecin chef

Concernant la succession du Dr D'Eggis, comme les projets du service de la santé publique vont dans le sens d'organiser la psychiatrie vaudoise en secteur, le futur médecin chef

sera aussi le chef de l'ensemble du secteur, y compris celui de l'ambulatorio ; le cahier des charges¹⁵⁴ est donc élaboré avec le Chef du SSP. Le Dr Pinard, intéressé par ce poste, visite Nant et « accepte » le poste pour le 1er juillet 1972. L'autre candidat, le Dr Jordan, n'est pas retenu. Le Conseil valide la proposition dans sa séance du 29 octobre 1971.

En attendant l'arrivée du Dr Pinard, le Prof. Denber effectue un intérim catastrophique (cf. *supra*) à partir du 2 mars 1972. Son passage marque à ce point l'institution que cette période sera appelée « Printemps 68 » (*sic*) de Nant par le Président. J.-C. Monney raconte :

« C'est le beau-frère du Dr Pinard, Professeur Denber, professeur émérite américain, qui est en voyage d'études à Cery, qui est prêté à Nant. C'était un paranoïaque qui considérait que les patients étaient tous dangereux et qu'il fallait les traiter avant qu'ils passent à l'acte. Il prescrivait des doses de neuroleptiques invraisemblables. C'est lui qui avait mis au point un des premiers neuroleptiques majeurs qui s'appelaient Majeptil. Il rendait les patients en catatonie médicamenteuse. Il voyait que le personnel résistait car il trouvait les mesures déplacées. Cela allait à l'encontre de la philosophie et gros conflit dans la maison. Il convoquait les patients dans son bureau et donnait des médicaments aux patients derrière le dos des infirmières parce qu'il pense que le personnel ne donnait pas les médicaments. Ça va quelques mois et pour finir, lui se plaint et M. Kirchner et moi-même sommes convoqués au Conseil de santé et Prof. Denber aussi. Les faits sont racontés et le médecin cantonal décide que le Prof. Denber repart à Cery la semaine suivante. Au fond, on l'a viré. On avait l'impression que Cery s'est débarrassé de cet homme. Car quand il est retourné à Cery, son chef de clinique devait contrôler tout ce qu'il faisait et le suivre. Au fond on l'a viré. »

À l'arrivée du Dr Pinard en juillet, tous les assistants et chefs de cliniques démissionnent par fidélité au Dr D'Eggis, qui s'était positionné contre le fait que Nant devienne hôpital de secteur public et ne puisse plus choisir sa clientèle. Très rapidement, le Dr Pinard démissionne, avec un départ prévu pour le 31 mars 1973. Il ne laisse pas un souvenir impérissable à J.C. Monney :

¹⁵⁴ En Suisse, le terme « cahier des charges » désigne le référentiel des missions et des compétences pour un poste donné, et se rapproche des fiches de poste ou de missions en France.

« Le Dr Pinard, c'était un généraliste qui est devenu psychiatre par la suite en Amérique et sa spécialité était les électrochocs. C'était un vaudois originaire des côtes de l'Orbe. Il faisait de grands rapports à la Santé publique pour réorganiser les choses et dénoncer ce qu'il manquait. Sur le plan médical, il n'a rien apporté du tout... C'était un gestionnaire qui n'avait pas d'étiquettes médicales si ce n'est que c'était un organiciste pur et dur, il prescrivait des médicaments et faisait des électrochocs un peu plus que la moyenne de l'époque car c'est ce qu'il savait le mieux faire et il parlait beaucoup de ce qu'il avait fait aux États-Unis. Puis très vite il a renoncé. Il s'est rendu compte que ce n'était pas le job qu'il cherchait car il n'avait pas la même tranquillité qu'aux États-Unis où il était cadre médical dans une grosse boîte et d'autre part, sa femme ne s'est pas acclimatée à la Suisse car en Amérique ils avaient leur maison avec leurs domestiques et tout le monde s'occupait de tout et elle vivait tranquille. Il a donné un délai pour qu'on trouve quelqu'un et c'est là que je suis allé voir le Dr Miéville dans son cabinet à Nestlé (hôpital cantonal vaudois dans lequel Dr Miéville mettait en place le premier service de liaison). Il a accepté de venir¹⁵⁵. »

Pour le remplacement du Dr Pinard, les Dr Calanca et Miéville sont pressentis. Le Dr Miéville est nommé à l'unanimité lors de la séance du Conseil du 9 mars 1973 et entre en fonction au 1er mai de l'année. Mais le SSP souhaite avoir trois médecins chefs, un pour chaque âge, le Dr Miéville étant déjà nommé pour les adultes.

1.3.1.5. L'adaptation des capacités au nouveau projet

Dans la séance du 29 octobre 1971, l'architecte cantonal présente son projet de construction. Le Prof. Müller estime qu'il faut 60 lits de plus. Le secteur Est est en début de construction, les structures extrahospitalières sont très pauvres. Nant s'inscrit dans ce projet de secteur mais doit s'équiper. Les manques les plus criants sont les lits de gérontopsychiatrie. C'est une priorité avec le développement de l'extra-hospitalier prévu pour l'année suivante. La Fondation envisage de créer 42 à 63 lits pour les personnes âgées et dans un deuxième temps, d'avoir en tout 170 lits. Le jumelage avec le futur hôpital général de Sully est étudié pour y placer notamment un centre de jour. Dans une première phase intermédiaire, Nant est l'hôpital du secteur pour les adultes et personnes âgées et propose

¹⁵⁵ Interview de J. C. Monney, réf. citée

de développer l'ergothérapie - qui sera rapidement saturée - et des chambres d'isolement qui ne verront jamais le jour. L'hôpital est déjà saturé. La convention ne doit être revue qu'à la fin de la construction prévue en 1979. Il est précisé que seuls les judiciaires et les tuberculeux doivent être pris en charge par Cery. Le Prof. Müller insiste pour que Nant prenne toutes les admissions du secteur Est. La DMS augmente à 54 jours à cause des patients gériatriques.

Début 1972, le premier préprojet de construction est présenté par l'architecte cantonal au Conseil en présence du Dr Pinard, futur médecin chef, et du Prof. Denber. Le projet de construction du nouveau bâtiment hospitalier est estimé à 7 millions de francs suisses, plus 500 000 CHF de crédit d'étude. Le dossier complet avec les soumissions devrait être prêt pour juillet 1973. Le Conseil du 28 avril 1972 approuve le projet et nomme une commission de construction. C'est le 10^{ème} anniversaire de la Fondation.

Le rapport de la commission de construction présenté au Conseil de Fondation du 27 octobre 1972, aboutit à la conclusion qu'il faut créer 50 lits supplémentaires. Le problème principal est la route d'accès dont la construction est estimée à 1,9 millions de francs suisses. Il s'agit plus d'un chemin d'accès que d'une véritable route. Pour l'anecdote, le Dr Genton rapporte que, vu l'état de la route, il devait demander au Dr Gilléron de monter sur le pare-chocs-avant de sa 2CH pour monter jusqu'à Nant en hiver...¹⁵⁶ La ligne de crédit est ouverte en fin d'année pour la construction.

Le deuxième projet de construction est présenté dans cette même séance. Il comprend une unité de soins pour la gérontopsychiatrie et une autre pour les soins aigus de psychiatrie. La direction estime que les plans architecturaux organisent un peu trop les soins et réagit vivement : « *la direction se réserve le droit d'arranger et d'organiser les pavillons anciens et nouveaux, en répartissant les malades selon ce qui lui paraît le plus judicieux*¹⁵⁷. »

1.3.2. L'institutionnalisation : de l'hôpital au secteur, de 1973 à 1985

1973 marque l'histoire d'une première grave crise économique qui inquiète le monde entier. Concernant la psychiatrie, les théories systémiques font leur apparition et interrogent le modèle psychanalytique qui était jusqu'alors le modèle théorique presque

¹⁵⁶ Interview du Dr Maurice Genton

¹⁵⁷ PV du Conseil de Fondation du 9 mars 1973

unique. Pour la Fondation de Nant, l'année 1973 marque la transformation en hôpital de secteur de l'Est vaudois en même temps que s'ouvre le Centre psychosocial (CPS), un centre ambulatoire pour les enfants, les adultes et les personnes âgées, à Montreux et le Centre de consultations ambulatoires (CMP) géré par l'État. La période de 1973 à 1985 est caractérisée par une très forte amélioration des soins hospitaliers et la création des premières structures intermédiaires avec le foyer de Tavel et le centre de jour pour adultes (1.3.2.1), en parallèle d'un travail sur l'organisation interne de la fondation (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Par ailleurs, la construction d'une nouvelle clinique s'achève en 1979 et impose une réorganisation interne tant du point de vue des soins que de l'administration (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). La fin de la période est marquée par un conflit plutôt habituel entre hôpital et ambulatoire mais surtout entre privé et fonctionnaires, dans la perspective de la constitution du secteur avec l'intégration des unités de l'État par la Fondation de Nant en 1985, une transaction assez unique du public au privé qui voit la Fondation devenir le seul secteur psychiatrique privé d'intérêt public vaudois et la seule institution psychiatrique privée d'intérêt public romande (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

1.3.2.1. L'affirmation d'une politique de soins et la diversification de l'offre

Une période faste débute avec l'arrivée du Dr Miéville et celle de Pierrette Monney, fille des fondateurs, et Jean David, son mari, infirmier. Cette étape est probablement une des plus importantes de l'histoire de Nant : un tournant déterminant se prend et engage l'avenir de l'établissement. Jean-Claude Monney, l'infirmier-chef, raconte comment a été proposé au Dr Miéville la direction médicale de Nant :

« On avait eu [le Dr C. Miéville] ici comme médecin généraliste, on savait qu'il était parti se former chez le Prof. Schneider en particulier et qu'il était devenu médecin adjoint à l'époque. C'était un des premiers qui a fait la liaison policlinique-hôpital. On savait qu'il était psychiatre, qu'il était de la région, qu'on avait de bonnes relations avec lui et c'est parti comme ça. On avait même parlé avec Schneider car on savait qu'on prenait son poulain, car il était prévu qu'il prenne sa succession... Il [Dr Miéville] a demandé un temps de réflexion, puis il a accepté. Il commence, et ça s'est vite bien passé, il était très clair qu'il apportait toutes ses connaissances médicales et qu'il voulait que les choses s'organisent sur un plan médical mais il laissait beaucoup de liberté sur le côté familial, relationnel et des origines de la Fondation. Il était très respectueux de l'histoire

de la Fondation, des fondateurs et n'a jamais mis le bâton dans les roues pour que les pasteurs quittent la Fondation. Il avait d'excellents contacts avec mes parents et sœur Colette qu'il est allé voir au Home Salem (EMS) jusqu'à sa mort. En même temps, il avait des idées très précises sur ce qu'il voulait faire sur le plan médical. »

Le Dr Miéville partageait avec les fondateurs le fait d'avoir dans sa famille une personne psychologiquement perturbée, son épouse était malade. Il est probable que cet élément a aussi contribué à cette entente et ce respect mutuel. Dans le rapport avec les soignants, le Dr Miéville accordait également beaucoup de respect et de liberté. J.-C. Monney témoigne : *« J'avais une grande liberté d'organiser le travail et il comptait sur nous car il ne voulait pas venir mettre ses pieds dans l'organisation des soins¹⁵⁸. »*

L'arrivée de M. Jean David, infirmier, contribue également de manière significative à l'élaboration d'une politique de soins. M. David est un ancien collègue de Jean-Claude Monney à Cery. Il a épousé sa sœur Pierrette, qui est assistante sociale¹⁵⁹, et soeur de Jean-Claude. Jean et Pierrette David entrent en fonction au 1er avril 1973. Jean David devint rapidement infirmier chef adjoint en fin d'année. Il promeut des traitements à médiation corporelle (massages, relaxation et enveloppements thérapeutiques). Concernant le personnel qualifié, le psychologue Nicolas Duruz vient effectuer un stage de trois mois en qualité de remplaçant, puis est engagé et devient un collaborateur très apprécié. Il sera plus tard professeur de psychologie à l'université de Lausanne.

Dans la séance du Conseil de juin 1973, le Dr Miéville affirme que la crise avec ses prédécesseurs est dépassée grâce à la stabilité, au dynamisme et à l'optimisme de la famille Monney et de Mme Oehninger. Il fait un hommage particulier à Jean-Claude Monney qui allège la tâche de chacun et en particulier la sienne. Contrairement à la position du Dr D'Eggis, le Dr C. Miéville considère qu'être officiellement hôpital de secteur constitue une opportunité pour la Fondation de Nant de sortir de son isolement. Dans ce sens, le Dr Miéville veut développer la vocation didactique de Nant avec l'organisation de colloques et la création d'une bibliothèque professionnelle dont Mme Kirchner est la première bibliothécaire.

¹⁵⁸ Interview de J. C. Monney, réf. citée

¹⁵⁹ Jean-Claude Monney quant à lui épouse plus tard une amie de Pierrette.

Concernant les soins, le Dr Miéville innove rapidement : des colloques de travail sont mis en place, de même que des formations cliniques du personnel, des colloques hebdomadaires, des discussions ouvertes à tout le personnel. Ces aménagements contribuent à la cohérence des soins et de la vision commune. Mme Fadda-Sorrentino anime des cours de dessin avec les patients schizophrènes dès juin 1974. M. Duruz, psychologue, est très apprécié et reçoit même une prime pour ses enseignements. La bibliothèque est fonctionnelle avec des abonnements à des périodiques. Le fonds de formation est également créé pour permettre aux soignants de suivre formations, congrès et colloques scientifiques. Ce fonds est pris sur les honoraires privés des médecins et plus tard également sur les pensions de patients privés. Une commission est chargée de gérer ce fonds, elle est composée de Mme Oehniger, de Jean-Claude Monney et du Dr Miéville. Ces derniers instaurent également des groupes d'expression corporelle et des sociodrames.

Parallèlement, le centre psychosocial (CPS) voit le jour à Montreux en juillet 1973. Son fonctionnement est au début assuré par Nant avec un chef de clinique. Cette nouvelle unité est perçue comme l'occasion d'une collaboration efficace pour les postcures et la prophylaxie. Peu après une équipe vient compléter le CPS pour les personnes âgées et le Dr Michetti ouvre l'antenne de l'office médico pédagogique (OMSV) pour la pédopsychiatrie.

Le projet clinique du Dr C. Miéville est posé et s'allie avec le contexte ambiant : *« une conception résolument psychodynamique des troubles psychiques a fait faire à l'hôpital un bond en avant dans la voie tracée au départ par ses fondateurs, celle de la tolérance, du respect humain et de l'efficacité¹⁶⁰. »* Nous retrouvons, comme l'avait déjà relevé le Dr D'Eggis, cette convergence entre l'esprit des fondateurs et celui des professionnels des soins psychiatriques. Ceux qui ont travaillé à cette convergence, ont fait progresser l'institution alors que ceux qui s'y sont opposés ou n'ont pas pu composer avec ont rapidement dû partir, comme le Prof. Denber et Dr Pinard.

En 1975, le projet clinique prend corps : une véritable philosophie de soins se définit. La musicothérapie est introduite avec Mme Vulcan alors que l'expression corporelle prend fin avec le départ de l'animatrice de cet atelier : Mme Groleau. Mme Fadda-Sorrentino, qui animait jusqu'alors un atelier de dessin avec les patients psychotiques à titre gracieux, est

¹⁶⁰ Dr Miéville, Conseil de Fondation du 26 juin 1974

engagée dès septembre avec un statut d'ergothérapeute. L'assistante sociale fait également un travail important. Dans son rapport médical, le Dr Miéville consolide le rôle de l'hôpital et une orientation « antiségrégation » des patients : « *le respect de la personnalité de nos malades nous fait insister sur la relation thérapeutique plus que sur la psychopharmacologie. Cette orientation entraîne une grande implication personnelle qui doit se manifester dans la compréhension, la tolérance, la communication. Dans cette optique, nous avons renoncé aux colloques hiérarchisés et impersonnels d'avant au profit des colloques d'équipe, pluridisciplinaires, où chacun a la liberté de s'exprimer.*¹⁶¹ » Ce travail relationnel spécifique et cette forme de pluridisciplinarité commencent à s'inscrire vraiment dans la pratique du soin en référence à une conception de la pathologie mentale et d'une philosophie de soin que le Dr Miéville a condensé dans son article de 1974 : *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*¹⁶².

Le programme de formation pour les soignants se développe, l'infirmier-chef, le psychologue et le médecin chef donnent aussi des cours dans les écoles d'infirmières et à l'université. Des cours de relaxation sont organisés pour l'année suivante. En 1975, la première convention est signée avec l'école d'infirmières de Bois-Cerf pour les stages des élèves. Parallèlement, Jean-Claude Monney décide de professionnaliser le personnel soignant avec l'engagement de personnel diplômé à partir de 1976.

Mme David organise la première rencontre de réseau, reçoit la première stagiaire assistante sociale et ouvre les premières discussions pour un foyer protégé. Elle propose de reprendre La Clairière, un établissement sis à Saint Légier, qui pourrait facilement être aménagé à cet égard. L'État refuse de financer ce projet mais accepte de payer les heures consacrées à l'élaboration du projet par les employés de Nant et du CPS. En 1976, le positionnement des assurances concernant le financement du foyer protégé à la Clairière est attendu avant qu'une décision définitive soit prise. L'année suivante, la commission cantonale consultative et de coordination pour les handicapés rend une décision négative. À grand regret, le projet est définitivement abandonné.

¹⁶¹ Dr Cl. Mieville, *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source n° 11, nov. 1974, pp 4-8

¹⁶² Dr Cl. Mieville, *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source n° 11, nov. 1974, pp 4-8

M^{me} David est toujours motivée et persuadée de la pertinence de son projet d'appartements protégés. En collaboration avec le CPS, elle a trouvé un immeuble à Montreux qui pourrait servir d'appartements protégés (le foyer de Tavel). La collaboration avec le CPS est qualifiée d'excellente. La Fondation Gialdini fait un don de 4 000 CHF pour ce projet, complété par 5 000 CHF investi par la Fondation de Nant. Le projet se met ainsi en route. À la fin de l'année 1977, les appartements protégés accueillent 6 à 7 pensionnaires et l'expérience est jugée concluante.

Par ailleurs, pour la prise en charge des toxicomanes, un plan régional est en phase d'élaboration. En attendant ce rapport, un comité est organisé en faveur de l'assistance aux toxicomanes, c'est l'œuvre de M^{me} de Benoît.

Un projet de réalisation d'un film sur Nant est proposé en 1974 et devisé à 80 000 CHF. Un sponsor est cherché auprès de la Loterie Romande. Le film sur Nant est terminé l'année suivante et porte le titre « *Une semaine sans raison* ». Il reste propriété de la Fondation Nant et une convention est établie avec le réalisateur M. Haralambis. Dans les autres secteurs vaudois, ce film n'est pas très apprécié... probablement parce qu'il met en évidence une autre politique de soins plus humaine et moins médicale.

Les difficultés de recrutement médical restent entières, Nant cherche, mais sans succès, un médecin adjoint. M. N. Duruz prépare son doctorat et vu qu'il est très apprécié, il sera soutenu financièrement par l'institution et travaillera alors avec quelques aménagements à mi-temps. En 1976, la postulation du Dr P. Guignard au poste de médecin adjoint est une bonne nouvelle. Il prend ses fonctions en octobre 1977 et devient responsable de l'Étoile du Matin à 50 % au début de l'année 1978. Le Dr N. de Coulon est également engagé ; il doit revenir d'Algérie pour prendre ses fonctions en avril.

La formation continue d'être investie : elle est ouverte à tous les soignants et se veut un point d'attractivité pour le personnel. Si la psychanalyse deviendra la référence dans les années quatre-vingt, pour l'heure, la philosophie de soins est déjà très orientée sur les soins relationnels et la psychodynamique. La formation interne porte sur plusieurs approches. Le Dr. Sergio Fadda, consultant et formateur qui conduit les premiers traitements de famille à Nant, s'occupe de la formation sur cette approche. N. Duruz traite de la psychothérapie selon Rogers – thérapeute humaniste qui ne restera pas comme référence – et de la psychanalyse. Un séminaire est même animé par le Prof. P. C. Racamier, spécialiste du traitement des psychoses.

Les responsables ont la volonté de sortir de la sécurité routinière et de la facilité pour les soins. Ils se remettent en question et instaurent des soins à médiation corporelle : massages, packs, relaxation et expression corporelle sont au programme. L'introduction des packs est facilitée par l'expérience personnelle de Jean David qui avait été lui-même « packé » lors d'une cure thermale au centre de Bad Ragaz et, surtout, qui avait travaillé avec le Dr Michael Woodburry à l'hôpital de Prangins. Le Prof. P. C. Racamier avait fait venir ce psychiatre américain à Prangins dans les années soixante, où il avait été le promoteur du retour de cette pratique de l'enveloppement humide en Europe. En 1977, le cartonnage, atelier occupationnel, est fermé au profit d'activités thérapeutiques intégrées aux projets de soins, l'orientation thérapeutique s'affirme. Les infirmiers chefs débutent leur formation de cadre et l'année suivante, ce sont les ICUS qui suivent la formation VESKA. Dans les innovations, en été 1978, pour la première fois, 16 patients de l'Étoile du Matin partent en vacances en Italie accompagnés de 4 soignants.

1.3.2.2. Les premiers pas du management

Cette évolution de l'organisation des soins se double d'une évolution de l'organisation interne. En 1973, le Président insiste pour que la position de l'État soit mieux définie pour le secteur Est. Le Chef du SSP souhaite une refonte de la convention avec Nant et propose la nomination d'un administrateur. M. William Favre est engagé en cette qualité pour Nant et le CPS, suite à la demande du Chef du SSP. Il prend ses fonctions au début de l'année 1974. En 1976, il reprend les fonctions de Mme Oehniger, qui garde cependant le titre d'administratrice.

En juin 1973, le Comité Directeur est renommé Comité de Direction. La direction est assumée par le Comité de Direction. Les attributions des instances se clarifient. Il est alors décidé que la partie médicale est placée sous la responsabilité du médecin chef et la partie administrative sous celle de l'administrateur. C'est une étape très importante puisqu'il s'agit de séparer la clinique de la gestion. Aucune précision n'est cependant donnée sur la répartition des responsabilités infirmières, même s'il semble implicitement évident que Jean-Claude Monney est le responsable infirmier.

En 1975, les cahiers des charges des infirmiers chefs d'unité de soins (ICUS, cadres de proximité) sont établis et l'horaire de travail passe à 44,5 heures par semaine : il s'agit d'une uniformisation cantonale pour le 1^{er} octobre 1975. Et à propos d'affaire administrative, on ne renouvelle pas le contrat de Mme Pouly, facturiste, vu son âge : elle

a 79 ans ! La même année, les premières statistiques sont faites par Madeleine Monney, secrétaire du Dr Miéville, en collaboration avec M. Gilland de la santé publique. Elles seront appliquées par la suite à tous les établissements psychiatriques du canton.

En 1976, il est décidé que les gardes médicales doivent être effectuées sur place, et non plus sous forme de piquet à domicile, ce qui crée du mécontentement chez les assistants. Pour bien séparer les tâches de chacun, le Dr Miéville reçoit régulièrement les aumôniers. En revanche pour les patients, les choses ne sont pas si bien séparées, deux d'entre eux sont employés à la ferme et au ménage. Cette pratique deviendra marginale mais perdurera jusqu'au tout début des années 1990, où un patient fera encore quelques heures quotidiennes à la comptabilité. Elle prendra fin lorsque la responsable de la comptabilité Mme M.-C. R. demandera sans succès aux cliniciens un « patient remplaçant » pour ce dernier parti en retraite !

Financièrement, l'année 75 se termine sur un bénéfice de plus de 600 000 CHF. Au Conseil de Fondation du 18 juin 1976, le Chef du SSP félicite la Fondation : « *C'est la première fois qu'un établissement hospitalier dépose des comptes où il est possible d'y voir clair et de tirer des conclusions valables* ¹⁶³ . » Nant sera par la suite également un des premiers établissements à fournir une comptabilité analytique. Le SSP décide de laisser le bénéfice de 1975 à la Fondation. Il est décidé de créer le fond de perfectionnement avec une partie de ce résultat.

Mais les programmes d'économie débutent dès la fin de l'année suivante. L'État demande à la Fondation d'économiser 250 000 CHF sur un budget total de 2,5 millions. À ce moment, Nant compte 120 employés. Le financement est malmené : les coupes dans les budgets fixent le prix de journée d'abord à 166 CHF, puis à 150 et puis encore à 122 CHF. Mais malgré ces diminutions drastiques des prix de journées, le bénéfice se monte à 330 000 CHF en 1976 et « seulement » 35 000 CHF en 1977. Un certain M. Vodoz veut faire don de sa propriété sise près de Nant si son affectation répond à un besoin pour les patients toxicomanes, mais il accepte la proposition de de l'affecter à des religieuses pour maintenir la possibilité d'un appui spirituel.

¹⁶³ In PV Conseil de Fondation 18 juin 1976

1.3.2.3. Un développement continu

Les plans pour la nouvelle clinique prennent du retard car le site de Nant n'est pas affecté comme zone hospitalière. L'architecte cantonal collabore avec son confrère Junod sur le dossier. Ils proposent un prototype nouveau à tester, un système avec une ossature en acier et des éléments de 90 cm², le tout transformable sans bruit et sans poussière pendant la construction et même après : l'idée séduit. Il est question à ce moment de construire une maison pour le personnel en même temps. Mais il est surtout question d'aménager la route d'accès qui pour l'heure n'est qu'un chemin. Il est imaginé de demander une participation financière aux communes pour cet ouvrage puisque l'hôpital desservira le secteur. Le coût prévisionnel de la clinique est de 11 à 12 millions avec la maison du personnel qui est approuvée par le Conseil en juin 1974. 10 millions pourraient être empruntés via le pool bancaire de l'État comme garantie, mais avec des délais supplémentaires pour une étude dont les débuts datent déjà de 1971. Les travaux de la maison du personnel, qui comprend une piscine, pourrait démarrer dès l'automne ou au printemps 1975. Mais le budget final se monte en fait à 13 millions et dépasse la capacité d'investissement de la Fondation. Jean-Claude Monney propose l'année suivante d'abandonner ce projet de maison du personnel au profit d'un réaménagement de la ferme à Jongny, au chemin du petit Maconnaix, ce qui sera réalisé par un financement de la caisse de retraite.

En fin d'année 1975, la commission de construction fait état d'un dépassement de 1,8 millions de francs suisses. Il est alors décidé d'abandonner le projet de piscine. Le budget restant pour la clinique se monte à 11 850 000 CHF. Concernant la route d'accès, la commune de Corsier prend 250 000 CHF à sa charge ; elle est ouverte en janvier 1976. Il est prévu d'intégrer un laboratoire au nouveau bâtiment compte tenu des frais engendrés par les analyses qui sont traitées à l'hôpital régional du Samaritain à Vevey. L'État donne sa garantie pour le projet de nouvelle clinique en 1976. Une aide d'un franc par habitant est demandée aux communes du secteur, mais seule la commune de Vevey répond avec un chèque de 50 000 CHF.

L'année 1977 est marquée par la construction de la nouvelle clinique, en projet depuis 1971. L'ouverture prévue dans l'année est retardée par le mauvais temps et les reports dans les livraisons des fournisseurs. Elle est reportée au 1er avril 1978, puis encore à l'automne de la même année. En revanche, la maison pour le personnel au Petit Maconnaix à Jongny est réalisée. En fin d'année 1978, le chantier de la nouvelle clinique accuse un

énorme retard : la confection des cloisons et l'exécution des travaux, malgré un cahier des charges très précis, n'ont pas été honorés des points de vue techniques, montage et respect des délais. Les architectes ont dû arrêter les travaux et retirer l'équipe de montage. Le coût du retard est estimé à 2 000 CHF par jour. La Fondation espère une ouverture pour janvier 1979, mais l'entrée en service ne se fait que le 1^{er} mai, avec une inauguration le 18 mai en présence du Conseiller d'État Perey.

La mission de l'Étoile du Matin est redéfinie avant la mise en service de la nouvelle clinique. Le Comité de Direction propose 15 lits d'hébergement médico-sociaux et 15 à 18 lits de réadaptation. Le Chef du SSP appuie ces propositions mais le tout reste à négocier dans la convention. La nouvelle clinique porte le nombre de lits de 79 à 135 sur le site de Nant. Il est projeté de supprimer les lits du chalet, ce qui réduirait le nombre à 116 lits sur le site. Le GHRV propose de « fusionner » avec l'Étoile du Matin dans la nouvelle convention pour 1980. À ce moment, l'Étoile du Matin est dans la catégorie « CP » qui correspond à « chronique ». Après la « fusion » conventionnelle, il n'y aurait plus de problème pour transférer les patients d'un site à l'autre vu qu'il n'y aurait plus de changement de statut.

L'ouverture de la nouvelle clinique impacte le fonctionnement de la Fondation. Le personnel est réuni pour discuter de la nouvelle organisation. Il demande notamment d'être séparé des patients pour les repas, ce que la direction refuse : patients et personnel mangeront dans le même espace, la cafeteria. Les noms des nouvelles divisions sont mis au concours, mais après le dépouillement, les propositions sont écartées au profit de noms des vents du lac. Il est prévu une séance d'information pour tous les nouveaux collaborateurs deux fois par année. Il s'agit de la première forme de ce qui deviendra l'accueil « officiel » fait en octobre dès la fin des années quatre-vingt, puis en décembre à partir 2011.

En comparaison avec Cery, Nant est suréquipé du point de vue médical et sous-équipé du point de vue infirmier. En 1979, les premières stagiaires de l'école de Chantepierre, école de soins généraux, sont acceptées. Le Dr François Ansermet entre en fonction comme médecin assistant (interne). De 1978 à 1979, le personnel passe de 38,8 à 65,75 ETP. Contrairement aux années précédentes, la dotation soignante devient bonne en comparaison des autres établissements cantonaux. Le secteur Ouest (Prangins) est en tête des dotations soignantes, suivi par Nant puis Cery (statistiques 1978). Nant compte 130

employés et 116 lits sur le site. En 1980 arrivent l'infirmier M. C. C¹⁶⁴, le Dr Coulon est nommé chef de clinique à la place du Dr G. et M. S. K., infirmier-chef adjoint, est nommé responsable de la psychogériatrie.

Le 1^{er} mars 1982, trois Sœurs de Grandchamp arrivent. À la demande du Dr Miéville, elles ne portent pas l'uniforme. Elles travaillent à mi-temps dans les soins comme employées de cuisine, lingères, animatrices et soignantes à mi-temps. Le reste de leur temps est réservé à la contemplation et à l'appui spirituel pour les patients et le personnel. Le côté religieux est encore présent pour une partie des membres du Conseil et du Comité mais n'impacte plus la vie quotidienne des soins. Les sœurs sont discrètes et leur appui spirituel circonscrit. Elles quitteront définitivement l'institution au mois de février 1993.

En 1983, l'équipe médicale est complétée par l'arrivée des Dre V. D. et F. S. comme médecins assistantes, ainsi que de M. A. D. et moi-même comme infirmiers (cf. partie 2.1 du Chapitre liminaire, p.25). Nant compte 151 lits en tout, alors que Cery, Secteur Centre, en compte 258 pour les adultes et 155 pour la gériatrie (en tout 413 lits), Prangins, secteur Ouest, 112 et Bellevue, secteur nord, 65 lits.

Ce développement de la ressource médicale se fait en parallèle d'une organisation plus systématique des soins. La psychogériatrie reste le parent pauvre et doit se développer. En 1979, les patients chroniques de Fraidieu sont transférés à l'Étoile du Matin pour que cette unité soit dévolue à la gériatrie. L'Étoile du Matin est intégrée dans la convention, sans spécification particulière de lits CP (chroniques), après les négociations menées par l'administrateur. Cette « fusion » Nant – Étoile du Matin est acquise pour le GHRV.

En 1980, devant l'incapacité de la Fondation à accepter toutes les demandes en augmentation pour la psychogériatrie, il est proposé d'acheter l'école ménagère de Fenil pour en faire une division pour les personnes âgées, basée sur l'animation. L'état cautionne ce projet mais ne peut assurer la prise en charge des intérêts de la dette. Le Comité de Direction est prêt à se lancer sans cette garantie et le Conseil de Fondation approuve. Pour sa séance du 14 mai 1982, le Conseil de Fondation visite Fenil et approuve le projet d'acquérir cette propriété pour en faire une unité de psychogériatrie, mais propose d'attendre que Fenil soit intégré dans la convention d'hospitalisation. M. C. K., alors devenu Chef du SSP, n'y est pas favorable, mais Fenil est malgré tout acheté et

¹⁶⁴ Nous avons pris l'option d'anonymiser les noms de personnes dont les fonctions ne sont pas officialisées publiquement.

intégré à la convention pour l'année suivante. Un argumentaire est remis par le GHRV au Groupe de planification et gestion sanitaire (GPGS), la décision est attendue pour la fin de l'année 1982. Cependant, sans attendre l'approbation du département ou son financement, Nant acquiert cette propriété le 22 juin 1982, dans une attitude proactive qui est à contre-courant des autres institutions. Fenil ouvre ses portes le 26 mai 1983.

En 1982, les assistantes sociales revoient leur organisation et, dorénavant, M^{me} David se chargera uniquement de la psychogériatrie. La psychogériatrie devient un véritable hôpital avec le personnel requis du point de vue médical, des soins et de l'animation.

Les pratiques de soin évoluent. En mars 1980, le Dr G. et M. J.-C. M., infirmier-chef d'unité de soins (ICUS) de L'Étoile du Matin, affirment la mission de réadaptation de l'unité de soins avec une équipe transdisciplinaire¹⁶⁵. L'idée est de démedicaliser cette unité et de viser une désinstitutionalisation pour « déchroniciser » les patients par socialisation avec plus de contact avec l'extérieur. Les premières expériences sont positives et devront se poursuivre dans une recherche plus large sur la psychiatrie intermédiaire. Toujours au niveau clinique, l'ergothérapie est maintenant menée de manière individuelle. La technique des packs se développe et le Dr de Coulon prépare sa thèse de médecine sur le sujet. Elle est imprimée en 1981 avec le financement du fonds de perfectionnement. Dans une réflexion plus large sur la psychiatrie et les institutions, une visite est organisée à Vérone chez le Prof. Balestreri.

En 1980 démarre un groupe de travail composé des collaborateurs de Nant, du CPS et des thérapeutes privés pour former l'association des communautés thérapeutiques. Il mène une réflexion sur la psychiatrie intermédiaire et la création d'un Centre de Jour qui ouvre en 1981 ; la collaboration est bonne entre le CPS et Nant. Le foyer de Tavel, appartement protégé, fait un bilan positif mais son financement pose problème. Le bénéfice de l'exercice 1980 permet d'attribuer 5 000 CHF pour Tavel et 20 000 CHF pour la création du futur centre de jour.

Ces investissements sont rendus possibles par une relative bonne santé financière. En 1978, l'exercice se conclut avec un bénéfice de 1 425 CHF. Dans la convention, le prix de journée est passé de 122 à 141 CHF pour cette année, puis est augmenté à 150 CHF par journée d'hospitalisation. La Fondation prévoit un déficit de 900 000 CHF pour l'année

¹⁶⁵ Guignard P Mrowinski J.-C., *Contribution au développement de structures intermédiaires*, 6 mai 1981, document interne

1979 compte tenu du retard dans la construction de la nouvelle clinique. Mais le Président Hoyois tempère les velléités de rigueur budgétaire : « *il faut également que nous permettions aux travailleurs de Nant d'assumer leurs responsabilités avec toujours plus de compétence et de plaisir*¹⁶⁶. » Finalement, les comptes de 1979 se concluent avec un déficit de seulement 68 000 CHF. Cette différence s'explique par le fait que l'exploitation de la nouvelle clinique a finalement débuté deux mois plus tôt que prévu dans le budget. Une nouvelle formule pour le financement voit le jour : l'enveloppe budgétaire, basée sur le nombre de journées avec un acquis sur le bénéfice éventuel comme sur les pertes et, évidemment, la possibilité de renégociation pour l'année suivante.

Pour le budget 1980, les négociations sont très serrées : il faut réaliser 50 millions de francs suisses d'économie pour les hôpitaux vaudois. Le budget de la Fondation se monte à 5 329 000 CHF avec un prix de journée à 148 CHF ; le bénéfice est finalement de 345 000 CHF pour cette année. Le budget 1981 se monte à 6 07 '000 CHF.

En 1982, Nant fait encore 63 591 CHF de bénéfices et apparaît comme le meilleur gestionnaire dans les secteurs psychiatriques du canton. Mais cette palme se retourne contre lui, et sa performance le dessert dans les négociations budgétaires de 1983 qui s'avèrent difficiles. La comparaison avec les autres institutions montre non seulement que Nant fait des bénéfices, ce qui suscitent parfois de vives réactions, mais en plus qu'il s'agit du secteur le moins cher. Le budget de 1983 se monte à 8 253 300 CHF, Fenil fait partie de la convention. Pour sa réfection, Nant a obtenu un don de 200 000 CHF de la Loterie romande. La Fondation reçoit également un don de 220 000 CHF de Mme Hummel, cousine de Mme Oehninger. Les comptes 1983 dégagent un résultat positif de 302 784 CHF.

L'organisation interne de la Fondation change également. En 1979, le responsable de la comptabilité met en route la comptabilité analytique, qui ne devient obligatoire qu'en 1981 ou 1982 (selon les sources) malgré les protestations du Président qui estime que cette mesure complique et n'apporte rien. Un règlement pour l'utilisation du fonds scientifique voit le jour avec la fusion des fonds de perfectionnement (autre fonds dédié à la formation) et du fonds scientifique, alimenté par les journées des privés et une ponction de 25 % sur les honoraires privés. Les signatures sont aussi réglementées : signature à

¹⁶⁶ Rapport présidentiel, Conseil de Fondation du 8 juin 1979

deux, et sont désignés : Mme Oehninger, M. J. C. Monney, l'administrateur et le chef comptable.

En 1982, la pharmacie centrale des hôpitaux de la région voit le jour. Elle obtient des prix intéressants par achats en gros des médicaments et du matériel pour les soins. Elle fait bénéficier ses membres des conseils d'un pharmacien. Chaque membre est conventionné.

Dans son rapport annuel de 1982, le Dr Miéville centre son propos sur « l'esprit de Nant » qui règne dans l'équipe : « *au sérieux, aux difficultés et à la lourdeur du travail, s'ajoutent la détente et le plaisir, source d'évolution personnelle.* » Il salue également la collaboration avec l'administrateur, ils travaillent ensemble : « *on ne fait rien sans argent !* » Il se réjouit aussi que les statistiques soient en phase descendante, signe que la population est moins souffrante et fait hommage aux soignants pour leur travail et leur esprit d'initiative.

Malgré cette satisfaction générale, les responsables tiennent à donner une cohérence institutionnelle ; l'organisation s'adapte avec l'instauration d'une réunion hebdomadaire des cadres cliniques et administratifs. Chacun est ainsi informé des préoccupations des autres et peut les partager. La psychogériatrie est devenue un véritable hôpital avec la nouvelle équipe mise en place. L'ergothérapie, dorénavant individuelle, est intégrée au projet thérapeutique, elle n'est plus occupationnelle et remplit une fonction thérapeutique. La formation continue participe de manière importante à la cohérence institutionnelle. M. David, infirmier-chef adjoint, donne des formations dans les autres hôpitaux sur la technique des packs. Il organise des cours de massages relaxants pour les infirmiers de Nant avec le concours d'une physiothérapeute, ainsi ces derniers pourront désormais assurer cette prestation qui va prendre beaucoup d'ampleur à Nant.

Concernant le Conseil de Fondation, la visite de la sous-commission du Grand Conseil met en évidence qu'il n'y a pas de représentant du district d'Aigle et du pays-d'Enhaut dans le Conseil. La répartition géographique de ses membres est posée. La démission du membre fondateur M. René Monney crée l'opportunité de le remplacer par un membre de la région manquante, le Dr A. d'Aigle.

1.3.2.4. Vers une seule institution privée pour le secteur

La Fondation reste en interrogation sur son avenir dans un environnement mouvant et dans une recherche permanente de meilleures pratiques. En 1981, le Prof. L. Mosher de Californie visite Nant et mène pendant deux jours une analyse de l'institution et de son travail pour finaliser une « vision futurologique et idéaliste » de Nant. Le fruit de ce travail

reste malheureusement introuvable. En 1982, le futur des secteurs psychiatriques est réfléchi au niveau cantonal, avec un objectif précis : diminuer les lits d'hospitalisation au profit de l'ambulatoire. Le Chef du SSP et son adjoint, débutent une réflexion comparative sur les ressources et le fonctionnement des secteurs psychiatriques dix ans après les débuts de la sectorisation. Dans ce sens, Nant doit aussi réfléchir à l'avenir des unités hospitalières et trouver des solutions alternatives. L'agrandissement du secteur géographique de l'Est est à l'ordre du jour pour lui attribuer la région jusqu'à Lutry (district de Lavaux). Il se réalise début 1984, la population du secteur passant de 94 000 à 105 000 habitants.

1984 est l'année de réflexion et de positionnement décisifs. Le secteur Est est divisé en deux parties : l'une privée avec la Fondation de Nant et l'autre publique avec le CPS. Cette situation ne donne pas entièrement satisfaction au SSP. Le projet en réflexion est d'attribuer l'ambulatoire à Nant pour en faire une seule entité. Cette proposition est le fruit d'une réflexion assez étoffée sur l'histoire de la psychiatrie vaudoise et ses perspectives, retracées dans le *Livre blanc de la psychiatrie vaudoise*¹⁶⁷. Le projet pose le problème majeur de la perte du statut de fonctionnaire du personnel de l'État pour le CPS et le Centre thérapeutique de jour (CTJ) ; il prévoit cependant que ce personnel obtienne un statut « hybride » et conserve leur affiliation à la caisse de retraite de l'État. Le Chef du SSP est persuadé de l'intérêt de la démarche qui paraît plus rationnelle et économique. Si la Fondation de Nant accepte ce projet, il pourrait être opérationnel dès le 1^{er} janvier 1985. Dans sa séance du 23 août 1984, le Conseil de Fondation approuve. La situation est particulière : le privé absorbe le public à la demande de l'État.

Il faut rapidement opérer quelques aménagements. Le Conseil doit recruter des membres de tous les districts, d'autant plus que celui de Lavaux rejoint le secteur Est. Pour le Comité de Direction, il s'agira d'intégrer le médecin chef du CPS et les responsables du CTJ. Une instance de coordination voit le jour : le collège des soignants, composé des 6 responsables des unités de soins, de 4 délégués des lieux de soins, du médecin chef, de l'infirmier-chef et de l'administrateur avec voix consultative. Par ailleurs, les statuts de la Fondation doivent être revus, car la convention mentionne que les nominations du Président et du médecin chef doivent être ratifiées par l'État. Le Conseil de Fondation

¹⁶⁷ Livre blanc de la psychiatrie vaudoise, document du SSP 1983, 123 p.

approuve le projet à l'unanimité. La lettre du 28 octobre 1984 du SSP spécifie qu'il « autorise la gestion du CPS et du service médico pédagogique dès le 1^{er} janvier 1985 ».

Le Dr Miéville présente son projet de secteur au Conseil lors de sa séance du 14 mai 1984. Il prévoit la création d'un centre de crise et le déménagement de l'Étoile du Matin en ville. Une fois de plus, le Conseil suit le projet clinique et se prononce pour ces changements. Le Dr Miéville formalise son projet de secteur sous le titre « *Avenir du secteur psychiatrique de l'Est vaudois* ». Il présente son projet pour la future organisation clinique du secteur au Conseil du 30 novembre 1984. Deux principes régissent l'organisation des soins : crise et continuité.

La continuité des soins est un concept global pour le suivi des patients, mais le Dr Miéville instaure un suivi ambulatoire spécifique assuré par les infirmiers dès l'automne 1984 juste avant la constitution du secteur. C'est un processus en soi, une unité virtuelle et transverse qui compte encore actuellement des dizaines de suivis infirmiers de patients. Dès novembre 1984, la division hospitalière de Morabia fonctionne sans médecins assistants, l'équipe infirmière est beaucoup plus impliquée dans les tâches thérapeutiques et très responsabilisée. Elle se charge de l'ensemble des prises en charge sous la supervision du Dr Miéville et de M^{me} Sorrentino, psychothérapeute spécialisée dans le traitement des patients psychotiques. Cette situation n'est pas sans faire grincer des dents les médecins assistants de l'époque et ceux des autres secteurs. Ce projet pilote se poursuit jusqu'en automne 1985 où la majeure partie de cette équipe partira pour ouvrir le nouveau centre ambulatoire de crise (CIT). Les raisons et les enjeux de ce projet n'ont jamais vraiment été clairs ni vraiment compris. Il répondait à une pénurie et une difficulté de recrutement médical. Il a été réalisé, pour certains, dans l'objectif de former une équipe infirmière pour le futur CIT.

Les médecins du CPS doivent participer à la garde hospitalière dès le 1^{er} décembre 1984 et les médecins responsables doivent avoir leur spécialisation en psychiatrie reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH) pour valider la formation des médecins assistants. Concernant les médecins cadres, la Dre Michetti responsable du service médicopédagogique à Montreux donne sa démission, son poste est à repourvoir au 1^{er} octobre 1985.

Les statuts du Conseil doivent être encore revus. Les questions liées aux attributions des différentes instances se reposent et plus particulièrement avec la création du collège des soignants. Le Conseil passe de 15 à 18 membres. Pour éviter que des membres soient

juges et parties, les membres employés de la Fondation démissionnent du Conseil de Fondation et sont remplacés par des représentants des districts. Les nominations sont du ressort du Comité de Direction qui se composera dès l'automne 1986 du Président, de l'administrateur, du médecin directeur, de l'infirmier-chef, de l'intendant et de l'assistante sociale responsable. Ce Comité compte trois enfants des fondateurs et le Président en fonction depuis la création de la Fondation, le pasteur Hoyois.

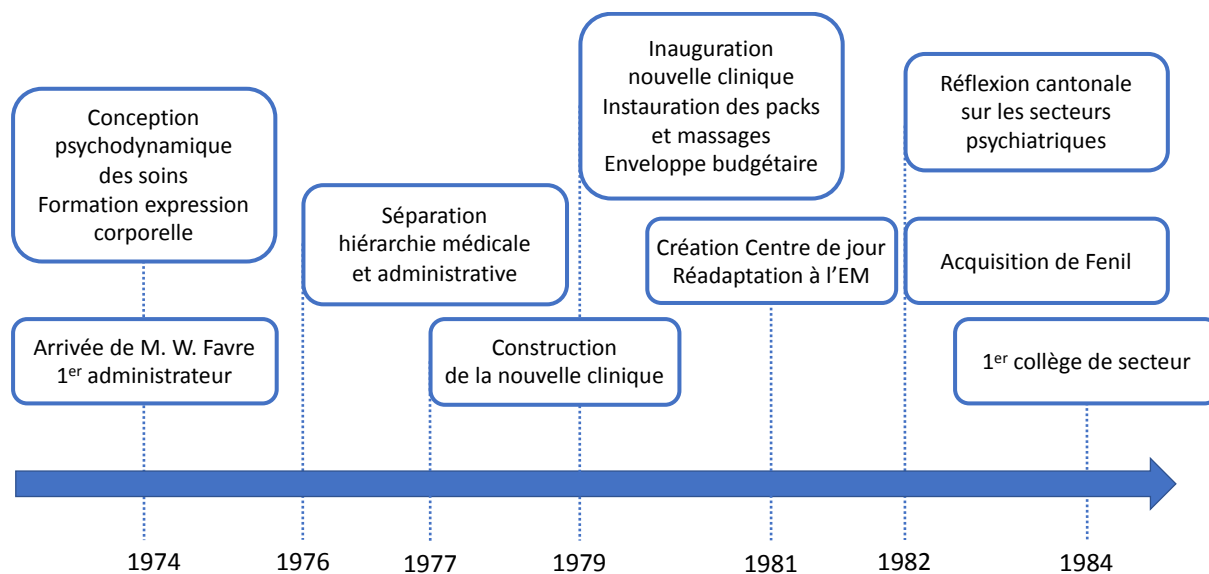
Le collège des soignants est chargé d'assurer la cohérence clinique dans le secteur, ce qui est plutôt rare dans les établissements psychiatriques. Il est composé d'un représentant de chaque unité de soins, du directeur médical et de l'infirmier-chef, ainsi que l'administrateur avec voix consultative. Le collège des soignants ne figurera finalement pas dans les statuts. Pour autant, sa 1^{ère} séance du 27 novembre 1984 définit ses attributions : il est un des trois organes de la Fondation avec le Conseil et le Comité de direction. Il est l'organe fonctionnel de coordination de soins du secteur. Dans cette première séance, le Dr Miéville stipule clairement que le secteur est privé, qu'il s'agit d'un projet pilote et qu'il attend des résultats et des soins de grande qualité.

Lors de la séance suivante du 11 décembre, les premiers problèmes de collaboration entre Nant et CPS (État et privé) sont abordés : certains collaborateurs du CPS disent collaborer mais ne veulent pas s'engager dans la nouvelle structure. Une séance d'information est organisée avec un repas en début d'année 1985. Les tensions se font sentir entre les « anciens fonctionnaires » du CPS et les « privés » de Nant. On aborde également la question d'un dossier unique du patient. Trois postes de médecins cadres sont mis au concours pour le futur centre de crise (CIT), l'Étoile du Matin et le Centre de Jour – trois structures qui seront bientôt regroupés sous l'appellation « psychiatrie intermédiaire » – et la pédopsychiatrie. D'anciens collaborateurs sont pressentis et contactés : les Dr P. G., N. de Coulon et F. Ansermet.

L'année 1985 commence par la recherche de locaux pour le futur CIT. Au collège des soignants de février, le Dr G. présente son projet de psychiatrie intermédiaire et le Dr de Coulon celui du centre d'intervention thérapeutique (CIT). Ces deux psychiatres sont nommés en mars 1985 avec le Dr F. Ansermet pour la pédopsychiatrie. Leurs nominations sont ratifiées par le Conseil de mai qui approuve, dans la même séance, les nouveaux statuts. La Dre F. S. assume la fonction de médecin responsable de la psychogériatrie en attendant d'obtenir son titre FMH qui lui permettra d'occuper la fonction officielle de

médecin cheffe. Chaque service doit faire un inventaire de ses besoins pour le budget 1986.

Figure 6 : Repères de 1973 à 1985



1.3.3. Consolidation du secteur de 1985 à 1995

En 1985, la Fondation Nant devient le secteur de l'Est vaudois et intègre les unités de soins de l'État de l'Est vaudois pour devenir le seul secteur privé d'utilité publique du canton et de Romandie. La fin des années 1980 est économiquement plus faste que le début des années 1990, marquées par la morosité économique qui impacte les établissements sanitaires avec le gel de nombre de projets et des plans d'économie. L'évolution de Nant entre 1985 et 1995 est marquée par cette bascule de la conjoncture économique. Dans un premier temps, le secteur s'agrandit et voit naître quelques projets-phares et structurants comme le Centre d'intervention thérapeutique (CIT) et l'activité ambulatoire de la psychiatrie de la personne âgées (1.3.3.1) ; l'organisation interne de la Fondation évolue, avec une formalisation de l'organisation clinique et l'arrivée d'un nouveau directeur administratif (1.3.3.2). Dans un deuxième temps, l'organisation des services subit des modifications importantes (1.3.3.3), dans un contexte de tension de la gouvernance interne de la Fondation (1.3.3.4) et de tensions budgétaires au niveau du Canton (1.3.3.5)

1.3.3.1. L'évolution de l'offre de soins dans les premières années sectorielles

L'offre de soin se modifie. En 1984, un arrangement avait été conclu entre l'EMS « Les Pergolas » et Nant pour que l'hôpital héberge une partie des résidents de l'établissement pendant ses travaux de rénovation. À leur retour dans l'établissement à la fin de l'année,

les places laissées disponibles à Nant se transforment en division pour patients psychiatriques chroniques adultes. Par ailleurs, le 1^{er} octobre 1985, l'unité Fraidieu ouvre ses portes dans sa nouvelle mission d'hébergement des patients chroniques. Bien que les consultations de Montreux soient insuffisantes, l'antenne de la policlinique adulte d'Aigle est ouverte en avril 1986. Deux ans plus tard, la policlinique psychiatrique de Montreux change d'adresse, et inaugure ses nouveaux locaux le 19 mai 1988 dans la maison « Albin » à Montreux. La policlinique psychiatrique adulte et le Centre de psychogériatrie (CPG) déménageront plus tard en 1994 à Clarens, dans la maison Amida.

Par ailleurs, le Dr F. Ansermet est chargé d'étudier la possibilité d'ouvrir un Centre de Jour pour enfants. Des réflexions sont menées avec l'ASA, une association d'aide aux personnes avec un handicap mental ayant pour but la promotion de l'éducation, de l'enseignement, de la formation, de la valorisation du rôle social et d'une qualité de vie optimale, dans le but d'ouvrir un Centre de Jour pour enfants. Le Centre Thérapeutique de Jour pour enfants ouvre le 22 août 1988. Mais le Chef du SSP et le responsable du service de l'enseignement spécialisé n'arrivent pas à se mettre d'accord sur la convention pour l'hôpital de jour pour enfant. Il revient au Conseil d'État de trancher. La convention est finalement jugée par le Tribunal de Vevey. Ce problème ne fait qu'instaurer une longue série de difficultés de collaboration entre les deux instances responsables de missions différentes (pédagogique et thérapeutique) de ce centre psychothérapeutique de jour pour enfants. En mars 1989, l'organisation du centre de Chamoyron se dessine avec une solution qui ne durera pas, séparant une direction administrative relevant de l'ASA et une direction médicale sous la responsabilité du Dr F. Ansermet.

Les réflexions se poursuivent également sur le déménagement de l'Étoile du matin en ville. À la fin de 1986, la décision est prise d'acheter l'ancien EMS « La Villa Rosario » à La Tour de Peilz, pour y placer l'activité de l'Étoile du Matin dans sa nouvelle mission de réadaptation, alors que le Conseil de Fondation a approuvé la vente de l'Étoile du Matin. Début 1987, le Conseiller d'État donne son accord officiel pour l'achat de la « Villa Rosario ». Mais la commune de la Tour-de-Peilz donne un avis négatif bien qu'elle ne puisse pas s'opposer à ce projet. Un rendez-vous est pris, les relations politiques de J.-C. Monney, alors conseiller municipal de Jongny, sont activées et les négociations aboutissent. Une fois installée en ville, cette unité est renommée Unité de réadaptation thérapeutique (URT), avant de prendre plus tard le nom d'unité de réhabilitation. Les soignants proposent de faire les repas eux-mêmes, avec les patients. La vie

communautaire s'organise un peu comme au début de l'histoire de l'institution. Plus tard, ce sera la réorganisation des horaires, jusque-là très hospitaliers, qui inscrira aussi une spécificité de l'unité.

Le CIT ouvre ses portes le 6 janvier 1986, dans deux appartements contigus de 4 pièces trouvés à Clarens. L'inauguration a lieu le 17 du même mois. L'unité Joran de l'hôpital ferme au profit du CIT, mais celui-ci n'absorbe pas autant de patients que prévu et l'hôpital continue de faire face à d'importantes demandes d'hospitalisations – d'autant plus que le secteur Est s'agrandit de 15 % avec l'intégration de la population du district de Lavaux. L'unité hospitalière Joran doit être ouverte au printemps 86 avec la mission d'assurer le lien et le passage des patients de l'hôpital vers le CIT. Il devient l'unité de crise de l'hôpital. À cette intention, elle ne comporte que 10 lits à sa réouverture, puis dans un second temps, quand l'équipe est au complet, 12 lits alors que les deux autres unités hospitalières adultes en comptent 14.

Des changements dans les responsabilités médicales poussent la Fondation à revoir la configuration des unités. En effet, le Dr P. Ge., responsable de l'hôpital adulte, démissionne en 1985 et n'est pas remplacé, faute de candidat. Les responsabilités médicales sont alors réparties entre les médecins adjoints de la psychiatrie adulte : le Dr de Coulon, responsable du CIT devient responsable de l'unité hospitalière de Joran, puisque cette unité s'occupe plus particulièrement du passage des patients de l'hôpital vers le CIT ; le Dr P. Gu., responsable de l'Étoile du Matin et du Centre Thérapeutique de Jour, se charge de la responsabilité médicale de l'Unité résidentielle hospitalière (URH) de Fraidieu. Cette configuration sera conservée jusqu'à aujourd'hui, ces trois unités formant dorénavant la « psychiatrie intermédiaire ». En 1988, l'hôpital adulte stabilise sa capacité d'accueil à 41 lits.

La psychogériatrie débute ses consultations en hôpitaux généraux, EMS et à domicile. Pour cette activité, l'équipe est composée d'un médecin, d'une assistante sociale et d'une infirmière. En 1987, une réflexion s'engage pour faire de la psychogériatrie un service à part entière avec son médecin chef et son infirmier-chef. En 1988, une Unité d'accueil temporaire (UAT) s'ouvre à Fenil pour les personnes âgées. L'année suivante, le Conseil de Fondation approuve la création du service de psychogériatrie avec le maintien de trois unités hospitalières en réduisant le nombre de lits afin de renforcer la policlinique et l'hôpital de jour. L'idée est d'éviter des hospitalisations et de favoriser le maintien à domicile grâce au développement des prestations ambulatoires. Reste à trouver des

locaux en ville pour cette activité. La même année, le service de psychogériatrie officialise son rôle de consultant pour les Centres médico-sociaux (CMS) qui doivent ouvrir en début d'année 1989. Les effectifs médico-infirmiers, chef de clinique et ICUS, sont adaptés à cette nouvelle tâche.

Le 9 mai 1988, une délégation des membres du Collège de Secteur et du Conseil rencontre le SSP pour un bilan du secteur, après 3 ans de fonctionnement. D. Mayer, nouveau directeur administratif, décline ce bilan en trois questions : où sommes-nous, où allons-nous et où voulons-nous aller ? Il propose de définir la mission de la Fondation, de dégager une stratégie, d'élaborer un guide d'action stratégique et opérationnelle ainsi qu'une politique financière, avec recherche et développement.

Le bilan du Dr Miéville après 3 ans de travail en secteur est très positif. Il est aussi satisfait de sa succession par le Dr de Coulon. Il relève le travail de secteur intégrant les questions financières qui a débouché sur une structuration organisationnelle mieux intégrée, un point de vue plutôt nouveau et peu commun. Pour chacun des trois âges, il existe maintenant un service autonome avec des activités hospitalières ambulatoires et intermédiaires, à l'exception de l'hospitalisation des enfants et adolescents. La collaboration entre les différents services et les autres secteurs est bonne, de même qu'avec les partenaires hospitaliers ou installés en privé, les CMS et les EMS. L'implantation régionale se construit progressivement mais très sûrement. Une évaluation permanente de la qualité de soins est faite à l'épreuve de la pratique clinique pour adapter les prestations cliniques. En 1988, la Revue médicale suisse romande publie 70 pages d'articles de collaborateurs de Nant sur la politique et la pratique de secteur.

Les problèmes restants sont la pénurie médicale et infirmière, l'insuffisance des services de Nant dans le Chablais et le pays d'Enhaut. L'équipe ambulatoire de psychogériatrie est saturée : elle manque de ressources, les prestations ont doublé entre 1987 et 1988 comme c'était déjà le cas l'année précédente.

Pour l'hôpital adulte, le Dr D. S, son responsable médical, revisite la fonction de l'hôpital de secteur. Avec la création de la psychiatrie intermédiaire et de l'ambulatoire de crise, l'hôpital « perd » une partie de ces fonctions-là et doit revoir sa mission dans ce réseau interne. Dès lors, il propose que les unités hospitalières soient spécialisées pour l'urgence, la crise hospitalière et les soins intensifs de psychiatrie. Ainsi définies, les fonctions de l'hôpital se clarifient et il devient possible et souhaitable que les indications hospitalières

soient posées de manière positive¹⁶⁸ et non par défaut. Autrement dit, on n'adresse plus un patient à l'hôpital parce qu'on ne sait plus quoi faire ailleurs, mais parce que l'hôpital est le lieu le plus approprié du moment pour traiter la problématique. L'hôpital, « orphelin » depuis le départ du Dr P. Ge. retrouve une assise solide, conceptuelle et clinique grâce au projet du Dr D. S. qui est nommé médecin adjoint, responsable des unités hospitalières adultes en juin 1989.

1.3.3.2. Évolution de l'organisation interne

En 1985, le collège des soignants est renommé collège de secteur. Constituée pour la coordination des soins lors de la création du secteur, cette instance devient l'organe de réflexion clinique. Les nouveaux statuts instituant ce changement sont approuvés par le département de l'intérieur avec la précision que le collège de secteur est subordonné au Comité de Direction. En revanche, un règlement du Comité de Direction voit le jour. Il est clairement mentionné que c'est le Conseil de Fondation qui définit la politique de soins et non la direction. M. Villosz, membre du Conseil de Fondation, souhaite que les responsables soient plus impliqués dans l'élaboration du budget, mais les autres membres ne le suivent pas. Cette idée avant-gardiste sera concrétisée plus de 20 ans plus tard avec l'instauration des contrats internes de prestations négociés entre la direction et les chefs de service.

La séance du Conseil de Fondation de mai 1986 marque la dernière mention explicite de Dieu dans un rapport officiel. Dans son rapport de gestion, le Président rappelle :

« Une proclamation de reconnaissance à

- celui au nom de qui la Fondation a vu le jour, notre Maître et Seigneur Jésus Christ

- à ceux qui, s'étant mis au service du Maître, ont travaillé depuis des années, réalisant dans l'obéissance une œuvre qui a déjà aidé des centaines de malades et de personnes fatiguées à retrouver santé et paix

- à ceux enfin qui, par leurs conseils, leur bienveillance, leur générosité, ont permis de transformer cette maison de caractère privé en Fondation ».

¹⁶⁸ Söderström D., *La fonction de l'hôpital de secteur : défense et illustration* Rev. med. Suisse Rom. 108, pp 839-842 1988

L'année suivante est marquée par la démission de plusieurs responsables : le Dr Miéville annonce sa retraite pour juin 1989, Mme Oehninger, membre fondateur et longtemps directrice, présente sa démission, et M. W. F. directeur administratif, annonce son départ pour août 1987. Ce dernier sera remplacé par Daniel Mayer en septembre de la même année sur proposition de la commission de nomination. Il se présente au Conseil du 6 novembre 1987. Le style change : à titre d'exemple, à son premier Comité de Direction, M. D. Mayer propose d'organiser un apéritif pour connaître les collaborateurs de manière conviviale, contrairement à son prédécesseur qui restait plutôt discrètement dans son bureau. Quant au poste de directeur médical, il est mis au concours en vue de la retraite du Dr Miéville : deux candidats se présentent : le Dr V. et le Dr de Coulon. Ce dernier est retenu et nommé à l'unanimité. Il prend ses fonctions le 1^{er} juillet 1989.

L'organigramme et l'effectif évoluent en parallèle. L'organisation infirmière est restructurée : J. David devint l'infirmier-chef de l'hôpital adulte au 1^{er} octobre 1988 et reste à ce poste jusqu'en février 1989 avant de prendre une fonction de superviseur pour l'ensemble du secteur. S. K. prend la responsabilité infirmière du service de la psychogériatrie. Le Dr C. Miéville, jamais à court de nouvelle pratique, fait participer depuis 1987 un infirmier-chef à l'engagement des médecins assistants. Cette pratique novatrice et à contre-courant constitue une autre manière de concrétiser la traditionnelle implication des infirmiers à la Fondation. Un nouvel organigramme du secteur est établi pour la séance du Conseil du 3 juin 1988. Et pour compléter ces changements, en décembre 1988, J.P. B. entre en fonction en qualité de chef cuisinier et fera l'excellente et très méritée réputation de la cuisine de Nant.

Cette période marque aussi les débuts de l'informatisation. Sur ce sujet comme sur d'autres, la Fondation de Nant demande à être autonome. L'État donne son accord, mais le système est d'abord testé à Cery en 1986, avant d'être implanté à Nant en 1987.

Du point de vue financier, si les résultats laissent apparaître un excédent de 826 622,80 CHF en 1985, il ne s'agit que de l'année de mise en place du secteur. Le bilan de 1986 est autrement important puisqu'il porte sur la première « vraie » année de fonctionnement du secteur. L'accent est mis sur l'ambulatoire, l'intermédiaire et le développement des services, notamment la psychogériatrie. La décantonalisation, c'est-à-dire la privatisation, est évaluée positivement par le Département comme une amélioration des soins offerts à la population. Le Dr Miéville propose de développer à l'avenir des missions de prévention

et de formation. Le résultat de l'exercice montre un bénéfice de 276 249,35 CHF, et l'année 1988 se termine avec un bénéfice de 850 000 CHF.

Par ailleurs, il est envisagé d'installer certains bureaux de Nant dans le futur hôpital de Sully (hôpital général de Montreux-Vevey). L'établissement ne verra en fait jamais le jour et il faudra attendre la création du centre d'Accueil et d'orientation psychiatrique (AOP) plus de 20 ans plus tard pour qu'une unité de la Fondation intègre l'hôpital. Mais la proposition reflète les positions des acteurs de l'hôpital : les médecins de Nant sont réticents, contrairement à leurs collègues infirmiers qui souhaitent se rapprocher de leurs collègues somaticiens.

1.3.3.3. Consolidation du secteur

En 1989, le taux d'occupation de Fenil est très bas et l'on songe à fermer cette unité au profit du développement de l'ambulatorio avec des locaux en ville pour cette activité. Le Conseil du 23 novembre 1989 approuve les perspectives et la diminution des lits de psychogériatrie, avec la vente de Fenil et le rapatriement du personnel sur les unités de Nant en attendant d'ouvrir un hôpital de jour. L'UAT de Fenil doit éventuellement être déplacée à L'Étoile du Matin, devenu un EMS pour personnes âgées, après sa vente. Fenil est fermé le 22 janvier 1990. Au printemps de la même année, les locaux sont loués à l'État pour loger des requérants d'asile. Les loyers dus et perçus s'équilibrent pour financer la location des locaux de la policlinique de psychogériatrie qui se trouve à Vevey, qui accueillent à partir de juin le service ambulatorio et le centre de jour pour personnes âgées qui ouvrent. En juillet 1994, Fenil est finalement vendue au foyer socio-éducatif La Clairière.

En 1990, le service de pédopsychiatrie change de direction médicale. Le Dr F. Ansermet annonce sa démission pour le mois de février 1990, date à laquelle il prend un poste de professeur de pédopsychiatrie au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) à Lausanne. Le Dr J. P. prend sa succession à la tête du service de pédopsychiatrie qui est reconnu comme service « A » pour la formation des médecins en pédopsychiatrie. Il propose que le Centre de jour pour enfants soit géré uniquement par Nant. Cette proposition est suivie et la collaboration avec l'ASA est dissolue le 30 mars 1990. Parallèlement, la Fondation de Nant est acceptée comme membre de l'Association vaudoise des organisations pour enfants, adolescents et adultes en difficulté (AVOP), qui est un partenaire dans les négociations budgétaires pour le centre thérapeutique de jour

pour enfant. La Fondation de Nant songe à acquérir la maison dans laquelle se trouve ce centre de jour, rue de Chamoyron à Saint Légier. L'achat se fait en 1994 et le centre sera bientôt renommé entre de jour de Chamoyron.

En 1990, un projet de réaménagement de l'hôpital adulte est proposé par Dr D. S. et les autres responsables de l'hôpital pour adapter « l'outil » à la pratique clinique hospitalière actuelle. Il s'agit de créer un sas d'admission, d'avoir des entrées séparées pour chaque unité de soins, des chambres en proximité du bureau infirmier pour les soins intensifs, et des lieux déterminés pour le travail infirmier et les soins spécifiques, tels que les approches corporelles (massages, relaxation et enveloppements thérapeutiques). Il est aussi question de repenser les espaces intérieurs pour éviter les espaces morts. Le Conseil de Fondation du 17 mai 1990 approuve le projet de réfection de l'hôpital budgétisé à 2 millions de francs à négocier avec l'État. Ce projet de réaménagement de l'hôpital psychiatrique est présenté au Grand Conseil du canton en début 1991.

Le projet d'antenne de la polyclinique pédopsychiatrique d'Aigle subit quelques rebondissements. En juin 1990, le Dr de Coulon et D. Mayer rencontre le responsable financier des hospices cantonaux. Ce dernier annonce une mauvaise nouvelle pour l'antenne de la polyclinique d'Aigle : le financement du projet avait été accepté en 1989, mais il est maintenant refusé. Toutes les demandes sont bloquées parce que le CHUV, les trois écoles cantonales et les trois autres secteurs vont être regroupés pour établir une décantonalisation générale. Un recours a été déposé contre la décision pour l'antenne d'Aigle. L'ouverture de celle-ci est finalement acceptée en 1993. Des locaux sont disponibles dans le bâtiment attenant à l'hôpital d'Aigle pour la psychogériatrie et les adultes ; il n'y a pas assez de place pour la pédopsychiatrie mais des possibilités doivent se débloquent. L'hôpital de jour d'Aigle pour les personnes âgées se fait en collaboration avec l'EMS Corbeyrier qui fait cohabiter son UAT avec l'hôpital de jour. Une autre collaboration se fait également avec les CMS de Villeneuve et d'Aigle concernant le personnel. Ce projet est donc le fruit de plusieurs collaborations : l'hôpital d'Aigle, l'EMS Corbeyrier et les deux CMS. L'antenne d'Aigle ouvre finalement ses portes en avril 1993.

L'organisation du service de psychogériatrie change fortement. Le poste de médecin chef du service est confiée en 1990 à la Dre F. S., et en 1994 M. C. C. prend la succession de M. S. K. en qualité d'infirmier-chef. Au vu de la diminution d'activité, des mesures doivent être prises de peur d'avoir des ennuis avec les partenaires payeurs. On projette de diminuer le nombre de lits en ne gardant qu'une division hospitalière et d'utiliser le

budget pour créer l'antenne de psychogériatrie d'Aigle avec consultation et hôpital de jour. Ce serait l'occasion d'ouvrir cette antenne et d'améliorer les relations avec l'hôpital du Chablais vaudois. En revanche, se pose la question épineuse de recycler le personnel non qualifié qui ne peut pas être employé dans la nouvelle structure. Des propositions sont faites aux EMS partenaires. Il est décidé en automne que la division Molaine ferme en fin janvier 1993, ce qui entraîne le licenciement de six personnes. Il reste une seule division de 18 lits (Chamoisine) en lieu et place des deux divisions de 14 lits. Cette division devient l'Unité hospitalière de psychogériatrie (UHPG), qui fait œuvre de pionnier en matière de liaison. Suite aux nombreuses demandes, le dispositif est renforcé. La psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie suivront cette voie plus tard.

Une autre innovation caractérise l'évolution de la Fondation au début des années 1990 : la mise en place du réseau de soins coordonnés. Le 15 août, le chef du service de la santé publique, convoque le Dr B., médecin chef de l'hôpital du Samaritain à Vevey, M. Hoyois, le Dr N. de Coulon et le D. S., M. D. Mayer et M. J.-C. Monney pour aborder la question de la coordination médicale de la région. Le SSP envisage de créer un hôpital à Burier entre Vevey et Montreux (Hôpital de Sully), et de reconvertir l'hôpital du Samaritain. Il souhaite que la psychiatrie s'implante dans ce réseau. Dr de Coulon et B., interniste et médecin chef à l'hôpital général de Vevey, se sont rencontrés préalablement plusieurs fois à ce sujet et ont des propositions à faire dans le sens de la coordination des soins régionaux qui ont été agréées par le collège de secteur. Le futur hôpital de Burier prendrait en charge les cas aigus « A », le Samaritain les cas « B » comme un Centre de traitement et de réadaptation (CTR). Le centre de Chamoyron et la psychiatrie intermédiaire, voire l'hôpital psychiatrique, pourraient déménager dans les bâtiments du Samaritain à Vevey. La psychogériatrie serait également transférée sur le même site. Les consultations de pédopsychiatrie devraient se trouver sur les deux sites A et B. Et enfin la polyclinique et le CIT, en étroite collaboration avec l'hôpital aigu, pourraient également se retrouver dans ces mêmes locaux de l'hôpital du Samaritain. Les liens entre médecins somatiques et psychiatriques n'ont pas fini d'occuper les responsables de part et d'autre. Parallèlement à ces évolutions dans l'organisation de l'offre, les pratiques cliniques continuent d'évoluer et de se diversifier. En 1990, Nant se jumelle avec l'hôpital de Beudet en Haïti dans la perspective de collaboration sous forme d'échange et de soutien. En pédopsychiatrie, le Dr J. P. instaure le psychodrame en 1991. En mars, une consultation d'ethnopsychiatrie ouvre à la polyclinique de Montreux avec la Dre S. v. O. qui est envoyée

en formation spécialisée pour cette pratique chez Tobie Nathan, professeur de psychologie clinique et pathologique à l'Université Paris VIII. Plus globalement, un programme interne de formation plus formel est mis en place. En 1994, une réflexion est menée sur la prise en soins des patients toxicomanes, pour lesquels les services de Nant ne sont pas adaptés. Ce travail aboutira à l'ouverture, quatre ans plus tard, d'une consultation ambulatoire spécialisée (UAS) à Montreux.

La valorisation de la réflexion clinique développée à Nant se fait par des publications et des colloques. Les premières publications infirmières se développent, alors que la formation d'infirmier en psychiatrie a disparu au début des années 1990 au profit de celle de généraliste. Le 23 juin 1993, une journée scientifique est organisée par le Dr D. S. sur le site de Nant avec grand succès sur le thème de l'« actualité de la psychothérapie en milieu hospitalier », avec des intervenants étrangers dont le célèbre Prof Alanen de Finlande et le Dr Bell d'Angleterre.

1.3.3.4. Tensions interne et 50^{ème} anniversaire

Au niveau de la gouvernance, l'année 1990 marque une évolution notable : la direction devient « bicéphale », la codirection médicale et administrative est officielle, et l'infirmier-chef fait partie du Comité de Direction sans titre de directeur des soins. Compte tenu de la collaboration de plus en plus étroite entre les deux directeurs, il n'y a plus qu'un seul rapport médical et de gestion présenté devant le Conseil. En 1992, le directeur des hospices cantonaux, propose à D. Mayer de travailler avec lui. La Fondation craint le départ de son directeur administratif, mais ce dernier décline son offre. En 1994, le Dr N. de Coulon propose de déléguer la responsabilité médicale du CIT, pour occuper son poste de directeur médical à plein temps.

Mais le début des années 1990 est surtout marqué par les tensions entre le Conseil de Fondation et la direction. Dès 1990, le Conseil de Fondation s'estime sous-informé en interne. Pour remédier à ce problème, le Conseil décide d'augmenter le nombre de séances : il se réunira dorénavant quatre fois par an. Mais la question se repose l'année suivante. Le Conseil se plaint du manque d'informations des membres pour prendre ses décisions sur le travail et les décisions de la direction. La tension monte entre le Conseil et la direction au sujet de la création d'un bureau du Conseil pour régler cet épineux problème de passage d'informations. Le conflit est particulièrement vif dans la séance de septembre 1991. L'idée du bureau du Conseil est de créer un espace réservé uniquement

au Conseil et de décharger le Président qui n'assistera pas aux séances du Comité de direction. Dans la séance du Comité de direction de septembre 1991, il est clairement signifié que si le bureau prend une place exécutive, les membres du Comité de direction démissionneront. Pour la direction les attributions de chaque organe sont claires : le Conseil doit rester législatif et le Comité de direction se charger de l'exécutif. La commission du Conseil se réunit en juillet et propose de changer les statuts pour y inscrire le bureau du Conseil : le Conseil adopte la création du bureau qui se composerait du Président, du Vice-Président, du secrétaire ainsi que d'un membre compétent pour les questions médicales et d'un autre pour les questions de gestion. L'idée du bureau est d'avoir des experts médicaux et gestionnaires pour préparer les séances du Conseil, qui se sent mal informé et ainsi ne peut pas prendre ses décisions en tout état de cause. Le Comité de direction ne partage pas l'avis du Conseil, se sent désavoué et mis sous tutelle. Finalement, il est décidé de ne pas changer les statuts et de faire une expérience de deux ans avant un éventuel changement. La présence du Président et de la Vice-Présidente du Conseil au Comité de direction devrait améliorer l'information au Conseil. Cette question du partage des tâches entre stratégique et exécutif, et entre le Conseil et le Comité de Direction, se reposera périodiquement, en particulier en 2008 et en 2015.

La composition du Conseil évolue. En novembre 1991, il accueille Mme C. Duboux comme nouveau membre et secrétaire du bureau. Au début de l'année 1992, M. D. accepte la présidence du Conseil et, dans la séance de mars 1992, Mme Duboux est nommée Vice-Présidente. En mai 1992, M. Hoyois, Président du Conseil de Fondation et du Comité de Direction, fait son dernier rapport. Il souhaite que *« les patients soient toujours au centre des préoccupations de chacun en sorte que les soins qui leur sont prodigués ne soient jamais obscurcis par des discussions stériles... que l'esprit de service bien connu à Nant soit non seulement maintenu mais toujours mieux développé et vécu et que le désir d'améliorer les prestations aux patients soit rendu possible par une bonne gestion... et que Nant qui depuis sa création a harmonieusement grandi, poursuive sa vie et son service dans la même harmonie »*. En 1993, le Président D., trop occupé par ses nouvelles fonctions professionnelles de directeur d'école secondaire, échange son poste de Président avec la Vice-Présidente Mme Duboux.

L'année 1993 est aussi l'année du cinquantième anniversaire de la Fondation. Pour marquer le passage, un projet de plaquette sera réalisé en fin d'année. La soirée festive « d'anniversaire » se fera au théâtre de Vevey avec la représentation de « La mort de la

pythie » de Durrenmatt. Cette pièce « *n'était pas sans résonnance avec nos préoccupations : elle aboutit au constat de l'aveuglement des humains face à leurs choix* ¹⁶⁹ ». Bien évidemment, l'ensemble du personnel y a été convié ainsi qu'à la collation qui a suivi le spectacle. C'est aussi cette année que les Sœurs de Grandchamps quittent définitivement l'institution, mettant un terme aux employés « religieux ».

1.3.3.5. Crise économique et politique

Le début des années 1990 est marqué par une morosité économique qui impacte les établissements sanitaires avec le gel de nombre de projets et des plans d'économie. En 1991, les difficultés financières de l'État bloquent les projets de Nant. Devant le refus du SSP de l'ouverture de l'antenne de la policlinique d'Aigle, Nant cherche des appuis politiques dans le Chablais pour défendre son projet. Le SSP n'a pas non plus retenu le projet de réaménagement de l'hôpital psychiatrique. Dans sa séance de septembre 1991, le Conseil décide de financer les travaux de l'hôpital sans attendre le financement de l'État, et veut mettre en avant ce geste financier dans la négociation de l'antenne d'Aigle.

En novembre 1991, une séance du Conseil se consacre à la préparation de la rencontre avec le Conseiller d'État et le Chef du SSP. L'enjeu est la nouvelle organisation cantonale, suite à la création du Service des hospices cantonaux (SHC) qui regroupe tous les établissements sanitaires d'État du canton de Vaud. Dirigé par C. K., le SHC pourrait avoir un sur la convention qui lie Nant au SSP et sur la collaboration future. La séance est censée être informative, mais la Fondation reste sur ses gardes et se demande pourquoi les Hospices, qui gèrent les trois autres secteurs psychiatriques, n'ont pas l'intention de gérer Nant également. Mais Nant a une convention directe avec le SSP, dont les Hospices sont « officiellement » les subordonnés. M. D. Mayer insiste beaucoup auprès du Conseil pour que Nant reste membre du GHRV, gage d'autonomie, avec un statut décantonalisé. Financièrement, Nant se porte encore très bien et continue de dégager des excédents : 144 270, 40 CHF en 1989, 559 186 CHF en 1990, et 470 000 CHF en 1991.

L'année 1991 voit aussi se réaliser le projet ancien de développer un vignoble sur les terrains de la Fondation. En 1982, un parent des fondateurs s'était intéressé à un « parchet »¹⁷⁰ de la propriété où l'on peut planter de la vigne, mais les autorisations

¹⁶⁹ Mme C. Duboux, rapport présidentiel 1993

¹⁷⁰ Terme suisse pour une parcelle de vigne.

devaient être demandées. Ce projet est finalement réalisé par le nouveau directeur administratif, D. Mayer. Le vignoble de la Fondation est nommé « le Clos de Nant » et sa première récolte se fait en 1991. Le vignoble comprend une parcelle du fameux « Plant Robert », vieux plant oublié et remis sur pied, entre autres, par les soins d'Henry Chollet, vigneron du Clos de Nant. Pour la petite histoire, ce vigneron est parent d'Ernest Chollet, ami des fondateurs, qui les avait cautionnés pour un emprunt. C'est au Bornalet que la cave sera aménagée pour recevoir le Clos de Nant. La propriété du Bornalet est léguée à Nant au décès de son propriétaire, M. Vodoz. Son neveu bénéficie d'un droit d'habitation.

La crise économique du début des années 1990 touche Nant l'année suivante. Les effectifs infirmiers ont été augmentés en 1991, mais la perspective budgétaire de 1993 fait craindre l'éventualité de licenciements. Pour les deux années suivantes, 1992 et 1993, une nouvelle convention avec le GHRV est prévue pour régler les questions budgétaires. Le SSP propose un contrat de performance en fonction des résultats obtenus avec des indicateurs. Le GHRV doit se charger de la répartition des ressources. Le Conseil de Fondation de mai 1991 précise que la convention passée avec le SSP ne peut être subordonnée à celle du GHRV ; D. Mayer et M. Villos défendent cette option.

Une séance concernant le budget de 1993 est organisée par le directeur financier au Service des hospices cantonaux (SHC), séance à laquelle participe le GHRV. Nant craint la perspective d'un rattachement au SHC, mais le GHRV refuse l'invitation en défendant chaque établissement par le biais du budget global du GHRV. Le directeur financier du SHC propose de rencontrer le Comité de direction avant la séance du Conseil pour débattre de la situation de Nant par rapport au SHC. Cette proposition est acceptée dans l'objectif de garder et de défendre l'autonomie de Nant, mais la séance est finalement annulée par le directeur financier du SHC.

À la séance du Conseil du 3 septembre 1992, le directeur des finances du SHC avance qu'il serait préférable pour Nant de s'associer aux Hospices Cantonaux et de quitter le GHRV, vu les difficultés financières de l'État. Ce serait un moyen de réaliser des projets plus rapidement. Le SHC fait la proposition d'un contrat d'association qui devrait être signé à Pâques 1993. Le directeur des finances du SHC se fait même menaçant, arguant que si Nant n'accepte pas, le SSP « *fera le ménage* ». Le Dr de Coulon insiste pour que Nant garde son identité et son autonomie. D. Mayer insiste aussi sur l'autonomie de Nant en démontrant que Nant n'a pas attendu le SHC pour faire des économies et redimensionner ses services ; il soutient que les institutions n'ont pas besoin du SHC, mais que le SHC a

besoin des institutions. Et enfin, J.-C. Monney abonde dans le même sens et refuse l'association. Le Conseil décide de garder ses liens avec le GHRV, de tenter d'élaborer un contrat d'association avec le SHC et de soumettre le dossier de la réduction des lits à la Commission cantonale de coordination psychiatrique (CCCP).

En toute fin d'année 1992, le directeur des finances du SHC revient à la charge avec sa proposition de contrat d'association dans le cadre des économies décidées pour l'année 1993, mais Nant maintient sa position, refuse encore une fois la proposition et reste membre du GHRV à part entière. En 1994, le GHRV réforme ses statuts : les hôpitaux et le CTR qui en font partie doivent être reconnus d'intérêt public. Le Conseil approuve les nouveaux statuts du GHRV et poursuit son adhésion pour être soutenu face à l'État et garder son autonomie. Il est aussi demandé au directeur des finances du SHC qu'il précise ses intentions. Suite à cette séance du Conseil, D. Mayer propose de garder ses distances avec le SHC en faisant face aux mesures proposées, telles que la réduction des lits. Malgré les soucis financiers, les comptes 1992 laissent un bénéfice de 247 207 CHF.

Le contexte économique reste cependant très tendu. La fin de l'année 1993 voit de difficiles négociations budgétaires entre Nant et le GRHV. Les finances de l'État imposent à toutes les institutions sanitaires du canton de prévoir dans leur budget 1994 un plan d'économies de 7 % sur 3 ans. Le GHRV a traduit ce plan par l'imposition de restrictions budgétaires de 3 % pour l'année 1993 pour l'ensemble de ses institutions. À Nant, le budget est diminué de 3 % pour 1994 et amputé de l'indexation du coût de la vie, à prendre sur le budget pour éviter des disparités salariales qui pourraient poser des problèmes d'engagement. La charge est de 952 500 CHF sur un budget global de 18 702 900 CHF. Si les comptes de 1993 montrent un bénéfice de 412 783,94 CHF, l'année 1994 se termine, fait rare à Nant, avec un déficit de 25 965 CHF, qui semble plus politique que comptable et est reporté sur l'année suivante.

Ces tensions budgétaires questionnent la structure des revenus de la Fondation. En 1994, D. Mayer demande un adjoint pour créer une unité médico-économique afin de mieux définir les rapports coûts et types de traitement. Un projet de gestion se construit, ce qui constitue une nouveauté dans le paysage des établissements psychiatriques. Dans cette perspective, le directeur administratif a l'idée de démontrer qu'il est possible de mesurer et quantifier les soins psychiatriques de la même manière qu'en somatique, coûts-performance. Le Conseil suit les directeurs et la Fondation de Nant entre pour ainsi dire en gestion.

1.4. L'irruption de la gestion

Depuis le milieu des années 1990, le contexte économique difficile impacte fortement les établissements sanitaires. Les programmes d'économie se suivent et se ressemblent, imposant des considérations gestionnaires aux établissements. La Fondation de Nant poursuit une politique de développement tout en maintenant son ancrage dans les approches cliniques à contre-courant des tendances. De 1995 à 2005, ce développement s'oriente de plus en plus fortement vers une logique de réseau, qui n'empêche pas un effort de structuration interne, notamment autour de projets de gestion de la qualité (1.4.1). De 2005 à 2010, le développement des réseaux de soin se concrétise dans une intégration régionale de plus en plus forte, alors que la gouvernance interne est difficilement réformée (1.4.2).

1.4.1. La formalisation du projet, de 1995 à 2005

Dès 1995 et jusqu'à 2005, le projet clinique suit son cours et son développement à la Fondation, favorisé par une relative bonne santé financière et l'inscription de la Fondation dans les réseaux de soins de la région (1.4.1.1). Mais la période est surtout marquée par le développement de l'aspect managérial qui se consolide avec les travaux de recherche institutionnelle, le projet Aleph, puis le projet « démarche qualité » jusqu'à la certification ISO 9001/2000 en 2000 (1.4.1.2). Ce développement de la gestion se traduit aussi dans l'évolution des responsabilités médicales et soignantes, dans la structuration de l'organisation interne, notamment avec la création d'une direction des ressources humaines, et dans l'évolution de la gouvernance, avec la mise en place d'une direction des soins (1.4.1.3).

1.4.1.1. Une relative bonne santé financière en appui au développement de l'offre de soins

Dans son programme d'économie dénommé « Équation 33 » en référence à ses 33 établissements membres, le GRHV prévoit 37 millions d'économie à réaliser en trois ans. Ces économies portent sur la revue d'hospitalisation (journées d'hospitalisation non justifiées ou appropriées) et les dotations en personnel, 400 à 450 postes de travail pour le GHRV devant être supprimés. Ces économies doivent se faire sur des critères de performance et ne doivent pas être linéaires. Ces décisions arrangent la Fondation de Nant, qui est alors le seul établissement psychiatrique du GHRV et sera beaucoup moins touché que les autres, faute de comparaison possible. Le programme prévoit 3,5 % de diminution budgétaire en 1996. Malgré ce contexte économique tendu,

Malgré la mise en route des programmes d'économie, la Fondation de Nant conserve pendant toute la période une assez bonne santé financière, ce qui lui permet de mettre la priorité à la qualité des soins et, comme toujours, au maintien de son autonomie. Nant a terminé l'année 1995 avec un bénéfice de 160 316,65 CHF et M. Mayer, directeur administratif, reste optimiste pour les négociations budgétaires de 1996, qui se termine avec un bénéfice de 241 180 CHF. En 1997, le bénéfice est dérisoire : 1 828,89 CHF après attributions de 321 854,90 CHF à différents fonds : retraites anticipées, caisse de retraite et provisions pour perte sur débiteurs.

Les années suivantes sont marquées par quelques turbulences financières à l'impact très relatif pour la Fondation de Nant. Le GHRV poursuit son programme d'économie avec un montant de 10,5 millions de francs suisses pour 1998. Comme Nant n'a pas participé à l'effort d'économie compte tenu de son statut unique d'établissement psychiatrique, une commission est nommée par le GHRV pour étudier la question. Elle demande 490 000 CHF d'économie à Nant. Les résultats de 1997 montrent un déficit de 7 847,64 CHF – une perte politique de « politesse », pour ainsi dire. En 1999, aucune économie n'est initialement prévue, mais la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV, nouveau nom du GHRV depuis 1998) finit malgré tout par demander d'économiser 10 millions de francs suisses à l'ensemble de ses établissements. De plus, le fonds FIACRE pour financer les réseaux vient ponctionner 40 000 CHF sur le budget ; ce prélèvement est instauré dans le cadre des Nouvelles orientations de politiques sanitaires (NOPS). L'année 1999 se termine avec un déficit de 128 731,88 CHF, et le budget de l'année suivante est déficitaire de 443 836 CHF, mais le déficit est finalement compensé par les recettes ambulatoires et les prestations de liaison. En 2000, les résultats montrent certes un déficit de 96 871,47 CHF, mais celui-ci ne se monte qu'au quart des prévisions budgétaires. Concernant les finances, la fin de l'enveloppe budgétaire est annoncée pour 2006 dans la perspective de l'instauration du contrat de prestation.

En 2001, le SSP met en route une étude sur les déficits et reconnaît la bonne gestion de la Fondation de Nant et l'augmentation de son activité. Le SSP lui octroie un montant de 600 000 CHF. Seuls six établissements bénéficient de ce geste financier du SSP. Les résultats des années suivantes confirment ce constat : les bénéfices records de 2001 atteignent 984 185,30 CHF, ceux de 2002 se montent à 447 014,08 CHF et ceux de 2003 à 476 302,59 CHF.

Cette relative bonne santé financière permet à la Fondation de Nant de développer son offre de soin. Le réaménagement de l'hôpital adulte est toujours en projet. En 1995, l'État pourrait entrer en matière pour le financement à condition que le montant ne dépasse pas 1 million de francs suisses. Le devis se monte à 1,5 millions : le conseil doit trouver le moyen de financer la différence. Le dossier est confié à un nouvel architecte qui réduit les coûts : les travaux initialement devisés à 3 millions de francs suisses passent à seulement 1,3 millions. Le Conseil est prêt à utiliser ses fonds propres (300 à 400 000 CHF) dans la mesure où l'État finance la partie qui lui revient. Le Conseiller d'État visite Nant et donne un avis positif sur les travaux ; l'État accorde un financement de 980 000 CHF. Les travaux débutent enfin en juin 1996. En 1999, l'Unité résidentielle thérapeutique (URH) sort de l'enveloppe budgétaire et devient financée à la journée.

Par ailleurs, le projet de l'unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants est très avancé. C'est le fruit d'un travail commun avec les professionnels concernés de la région et la commission Drogue Riviera, composée des intervenants et des politiques impliqués, qui s'est beaucoup investie pour que ce projet voie le jour. La Dre I. B., alors médecin adjointe et future directrice médicale, vient présenter ce projet d'unité au Conseil. Elle est à ce moment en formation à Genève dans l'unité spécialisée de la Dre A. Minot. Son poste est autofinancé par Nant depuis 1996 sur ses propres fonds, avec une participation des communes, avant d'obtenir le financement de l'État. Mais malgré la promesse faite par le Conseiller d'État, Nant n'obtient pas le financement, quand bien même la Fondation a été la première à présenter son. C'est le Secteur Centre qui ouvre à Lausanne son unité spécialisée et Nant doit attendre. La Commission Drogue Riviera et la Fédération de Soins du Chablais soutiennent très vigoureusement ce projet de Nant.

Le financement pour l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS) pour toxicodépendants est obtenu pour janvier 1998, mais l'ouverture prévue est retardée à cause de difficultés pour trouver des locaux différents. En effet, les commerçants et autres occupants de l'immeuble pressenti, dont certains médecins, exigent que Nant compense leurs pertes si leurs chiffres d'affaires diminuent suite à l'ouverture de cette unité. C'est la troisième fois que des réactions de l'environnement s'opposent à l'ouverture d'une unité de la Fondation, la première était l'opposition des hôteliers à l'ouverture du Génévrier en 1943, la deuxième, celle de la commune de la Tour-de-Peilz pour l'URT en 1987. La Fondation de Nant finit par trouver un autre immeuble qui est acheté par la caisse de pension. Mais des

aménagements sont nécessaires, ce qui retarde l'ouverture qui ne se fait finalement que le 2 mars 1998.

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, une réflexion s'ouvre sur la possibilité d'ouvrir un jardin d'enfants thérapeutique pour mieux répondre aux besoins et à la demande en soins des enfants en bas âge : seuls deux enfants peuvent être pris en charge à Chamoyron alors qu'il y a vingt demandes. La demande est forte mais le financement est plus que problématique. Par ailleurs, une autre réflexion est menée sur la possibilité d'ouvrir une consultation pédopsychiatrique à Château-d'Oex. Il est convenu que le Pays-d'Enhaut en fasse la demande officielle à Nant pour que celle-ci ait un appui politique face au SSP. Dre V. D. prépare un dossier pour le SSP. En 2001, ce dernier entre en matière sur la mise en place de la consultation de pédopsychiatrie. Par ailleurs, le premier projet du centre de traitement pour petits enfants, futur CTPE, est présenté en 2003.

Les autres secteurs se développent également. Une consultation de psychogériatrie ouvre en 2001 au Pays-d'Enhaut. La même année, Nant achète un nouveau bâtiment pour y loger son centre de jour pour adultes à Clarens. Comme pour l'URT et Chamoyron, le SSP prend en charge la dette.

Mais le principal axe de développement de cette période concerne les réseaux de soin. En 1996, l'hôpital de Sully est remis en question, l'hôpital du Samaritain et de Montreux fusionnent pour devenir l'Hôpital Riviera. En 1997, une nouvelle étape de recomposition de l'offre hospitalière est franchie avec la fusion des hôpitaux d'Aigle et de Monthey pour constituer l'Hôpital intercantonal du Chablais (HDC). Suite aux différentes fusions d'hôpitaux et autres établissements de santé, il ne reste que 8 établissements au sein de la FHV en 1998.

Le réseau de soins qui s'est constitué autour du projet du nouvel hôpital Riviera poursuit sa collaboration et devient le pendant du réseau constitué dans le Chablais depuis plusieurs années et dont Nant est aussi partenaire. Nant est persuadé que son avenir est régional et que son implication dans les réseaux est primordiale, mais elle fait partie de deux réseaux, un cas de figure non prévu dans la loi des réseaux. Le principe de réalité a cependant raison et Nant est autorisé à faire partie intégrante des deux réseaux.

La première convention pour la Fédération de Soins de la Riviera est signée par la Présidente en 1997. L'assemblée constitutive se tient le 2 octobre de la même année. Le réseau est finalement nommé Association de soins coordonnés de la Riviera (ASCOR).

Parallèlement, la Fédération de soins du Chablais est constituée et fait son assemblée constitutive le 7 septembre. L'ASCOR démarre son activité le 1^{er} janvier 2001 avec un contrat de prestation. En revanche, les démarches pour obtenir le libre passage des patients valaisans ne passent pas. Il n'est donc pas accepté pour la psychiatrie alors qu'il l'est pour les patients somatiques qui sont traités dans l'hôpital intercantonal du Chablais. Des négociations avaient été menées entre les directions de Nant et des Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR) pour une collaboration plus étroite, les rapprochements étant aussi induits par la fusion des hôpitaux somatiques du Chablais vaudois et valaisan.

L'orientation vers une offre en réseau se confirme. En 1999, Nant élabore, avec l'EMS Montbrillant de la Fondation Beau-Site à Clarens, un projet commun de lits « B » de réadaptation pour personnes âgées. Les lits se trouveraient dans l'EMS avec une responsabilité médicale assurée par Nant. Malheureusement, ce projet est refusé par la santé publique en fin d'année et ne voit jamais le jour.

1.4.1.2. Du projet Aleph au projet stratégique et à la démarche qualité

L'année 1995 marque le début du projet Aleph, une étude sur l'information et la communication centrée sur le patient en vue du déploiement du nouveau système informatique. Sa première phase se termine à la fin de l'année 1996. L'idée est de se donner une vision sur l'avenir et un « cahier des charges » pour l'informatique. Depuis 1995, la Fondation de Nant s'est ralliée au réseau informatique du GHRV. En effet, entre 1994 et 1995, le SHC a décidé de changer de réseau informatique sans demander l'avis de Nant. L'opération se réalise au 1^{er} janvier 1995 et occasionne des problèmes de liaison avec les autres secteurs ; de plus, un autre langage informatique est utilisé. La Fondation de Nant choisit alors de rallier la solution proposée par le GHRV. En 1998, celui-ci démarre son projet informatique DEFIS qui devrait assurer le passage de l'an 2000 sans ambages.

L'année 1996 est animée par les débats sur les Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire (NOPS) dont la psychiatrie est absente ; il faudra attendre encore presque 10 ans pour qu'un plan « santé mentale » vaudois voie le jour. Cette mouvance pousse Nant à forger une politique d'anticipation dans ses réflexions. Dans cette perspective, le consultant E. R. est mandaté par la direction pour élaborer le positionnement stratégique de la Fondation. Une première version est présentée au Conseil de Fondation en fin d'année. Le positionnement stratégique est présenté dans sa version définitive en 1997.

Il met en évidence l'inscription régionale de Nant, projette son futur dans des collaborations, particulièrement institutionnelles, et inscrit son nouveau paradigme : une institution de santé mentale et non plus de soins. Six axes de développement sont proposés : soins, prévention, maintien en santé, information, liaison et activité de réseau. La suite projetée est l'intégration de procédures d'évaluation de la qualité. Dans sa séance extraordinaire du 29 juin 1999, le Conseil de Fondation corrige et accepte le plan d'action du positionnement stratégique, la proposition de projet qualité et son financement, très à contre-courant des institutions sanitaires à l'époque.

Le développement d'une démarche qualité dans les années suivantes bénéficie fortement des résultats du projet Aleph, qui a constitué une étude exhaustive de l'information clinique aux répercussions beaucoup plus larges que l'information pour la Fondation. En particulier, le projet Aleph a nécessité l'élaboration de tous les processus, ce qui facilite la déclinaison des procédures pour le projet de certification que la Fondation mène à partir de 1999.

La charte pour la certification ISO est finalisée dans la séance extraordinaire du Conseil de Fondation du 29 juin 1999. Auparavant, la charte a fait l'objet d'une très large consultation et demande d'avis auprès de tous les collaborateurs. Une grande attention a été donnée à la contextualisation de la démarche de certification avec l'implication de tous les cadres et l'utilisation des canaux habituels de communication (PV, réunions, colloques etc.). Ainsi, le système qualité est un système intégré aux instances existantes et non un système parallèle déconnecté des réalités de fonctionnement de l'établissement. La première entreprise contactée pour la certification est l'Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions sanitaires (APEQ) qui s'est beaucoup investie dans les certifications des Centre de traitement et de réadaptation (CTR), mais elle ne satisfait pas Nant qui cherche une autre solution. L'organisme de certification Tüv Suisse prend le relais et finalise la démarche avec succès.

Le travail sur la certification débute en 1999 par l'élaboration et la validation du concept et de la procédure d'évaluation des cadres supérieurs. Les cahiers des charges des directeurs sont établis en premier, puis les autres suivent, ce qui permet de débiter les évaluations, à commencer par celles des directeurs en 2003. Parallèlement, toutes les procédures sont rédigées et le manuel qualité est réalisé dès 2000.

La même année, la démarche qualité aboutit avec les audits de certification des 21, 22 et 23 novembre 2000 : l'ensemble de la Fondation de Nant est certifié ISO 9001-2000

management. C'est la première institution à obtenir cette certification pour l'ensemble de son établissement dans le canton de Vaud. C'est l'aboutissement de l'étude Aleph de 1996-1997, du positionnement stratégique de 1998 et du projet assurance qualité de 1999-2000.

En 2001, la démarche qualité fait ses premiers pas et les premiers points sont enregistrés dans le Système d'amélioration continue de la qualité (SACQ) qui répertorie toutes les améliorations à travers les PV des séances officielles : Conseil, Comité, Collèges etc. La première enquête satisfaction des patients est lancée dans les unités hospitalières adultes : l'hôpital, l'URT et l'URH. Les résultats sont présentés annuellement auprès des collaborateurs et du Conseil, qui est très satisfait de retours positifs contrairement à l'idée que se fait l'opinion publique.

1.4.1.3. Les évolutions du fonctionnement interne

L'événement marquant du début de cette période est la démission en 1996 de J.-C. Monney, infirmier-chef, fils des fondateurs, après 38 ans de service. À sa fête de départ, un arbre, choisi par son plus jeune frère, Daniel, responsable de la ferme et des jardins, est planté dans le parc pour « *nous aider à maintenir vivant une certaine idée des soins, des soignants* ¹⁷¹ », autrement dit pour que les valeurs humanistes que J.-C. Monney a instaurées dans les soins restent et grandissent. Il est question de transformer ce poste d'infirmier-chef en poste de directeur des soins, mais le Conseil préfère attendre de connaître le successeur pour opérer cet éventuel changement. Après le départ de J.-C. Monney et près de 8 mois de vacance pour repenser l'organisation, le poste d'infirmier-chef adjoint est finalement mis au concours et attribué à M. A. D. Je serai nommé au poste d'infirmier-chef de secteur au 1^{er} janvier 1997, juste avant que ce poste soit transformé en poste de directeur des soins dans la séance du Conseil de juin 1998. La direction devient tricéphale : directeur administratif, médical et des soins.

L'organigramme des responsables de secteur change également. En 1996, la Dre F. S. est nommée officiellement médecin chef du service de psychogériatrie. La même année, Pierrette David, fille des fondateurs, assistante sociale de la psychogériatrie et responsable de l'ensemble du service social, prend sa retraite. Sa succession est difficile. La démission du Dr J. P., médecin chef de la pédopsychiatrie, annoncée pour l'automne

¹⁷¹ Panchaud R. *Hommage à Jean Claude Monney à l'occasion de son départ à la retraite* 13.12.1996

1997, est l'occasion de revoir la procédure de nomination des médecins chefs. La Dre V. D. lui succède. La démission quelque peu forcée du pasteur B., aumônier remis en question pour ses pratiques peu « orthodoxes » (imposition des mains dénoncée par un membre du Conseil), aboutira à la constitution d'un groupe de travail sur l'aumônerie à Nant. En automne 1997, le Dr D. S. quitte son poste de responsable de l'hôpital sur une situation conflictuelle avec la Direction à laquelle il demandait l'autonomie de l'hôpital, comme un autre service de la Fondation. Cette idée va à l'encontre de la politique de secteur composée d'un réseau interne d'unités interdépendantes. En fin d'année 2001, la Dre F. S., médecin cheffe du service de psychogériatrie, donne sa démission pour l'automne suivant.

Au niveau de la gouvernance, les relations entre le Conseil de Fondation et la direction évoluent encore. Sur proposition de la Présidente du Conseil depuis septembre 1994, l'espace privé du Conseil qui avait été mis en place en 1993 est supprimé. Il s'agissait d'une partie de séance durant laquelle les membres du Conseil siégeaient sans les membres de la direction. Cet espace privé est considéré comme un manque de confiance vis-à-vis de la direction. Pour celle-ci, il s'agit d'une attaque au « faire-ensemble » et au lien entre les dirigeants et le Conseil, une manière de fonctionner qui va à l'encontre de la manière dont se règlent les problèmes et les désaccords, par la discussion en présence des parties. Encore une fois, le règlement de la Direction et les attributions des différentes instances, Conseil et Comité de Direction, sont adaptés. Selon les conclusions d'une avocate du Conseil de Fondation, il n'est pas nécessaire de modifier les statuts de la Fondation, l'ajustement des règlements est suffisant. Il est possible de simplement réviser la répartition des attributions. Un nouveau règlement du Comité de Direction est approuvé par le Conseil.

La constitution des différentes instances se modifie au fur et à mesure des démissions et des remplacements. En 1997, le Dr Miéville démissionne. En 1998, le Conseiller d'État chargé de la santé publique change : M. C. L. R. remplace M. C. R. C'est encore la droite qui dirige ce département. En 1999, M. C. R. arrive comme nouveau membre de la région du Chablais. En automne, M. Roulet, Vice-Président du Conseil, Président de la caisse de retraite et membre du Comité de Direction, démissionne. M^e Jean de Gautard le remplace au poste de vice-président. En 2001, M. Roulet termine son mandat après 10 ans au Conseil de Fondation et de la Caisse de Retraite ainsi qu'au Comité de Direction. M. T. R. remplace M. F. C. en qualité de responsable du système d'information. 2002 est une

année marquée par des changements au niveau du Conseil : Mme C. Duboux, Présidente, annonce son départ pour la fin de l'année, M. de Gautard prend la place de vice-président laissée par M. G. Roulet et les statuts sont modifiés sur les points concernant l'équilibre géographique et professionnel des membres. Le Comité de Direction est prié, une fois encore, de mieux informer le Conseil.

En 2000, la FHV décide de faire son rapport sur la pénibilité du travail, le CHUV ayant obtenu des postes supplémentaires par ce biais. M^{me} S. D., infirmière cheffe de l'hôpital du Samaritain (hôpital général de Vevey) et moi-même pilotons le dossier et rédigeons le rapport, qui fait l'objet d'une conférence de presse, et sert aux futures négociations avec l'État. L'institution s'agrandit, il faut notamment se doter d'un service RH, le bureau du personnel, mené jusqu'alors de manière très efficace par M^{me} N. P., ne peut assumer toutes les tâches à lui seul. Un réaménagement du site hospitalier est entrepris pour créer des bureaux. En fin d'année, M. de Gautard est nommé à la présidence du Conseil de Fondation et M. C. R. reprend sa place de vice-président.

Le début d'année 2003 est marqué par le décès subit de la Dre S. Le Dr T. G. alors médecin responsable du CIT, prend sa succession en qualité de médecin chef du service de psychogériatrie. En 2004, le Dr N. de Coulon, directeur médical, démissionne. Pour sa succession et pour la première fois, la commission de nomination comprendra des personnes externes à Nant, dont la Présidente du Groupe Romand d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP), l'association officielle des patients et proches.

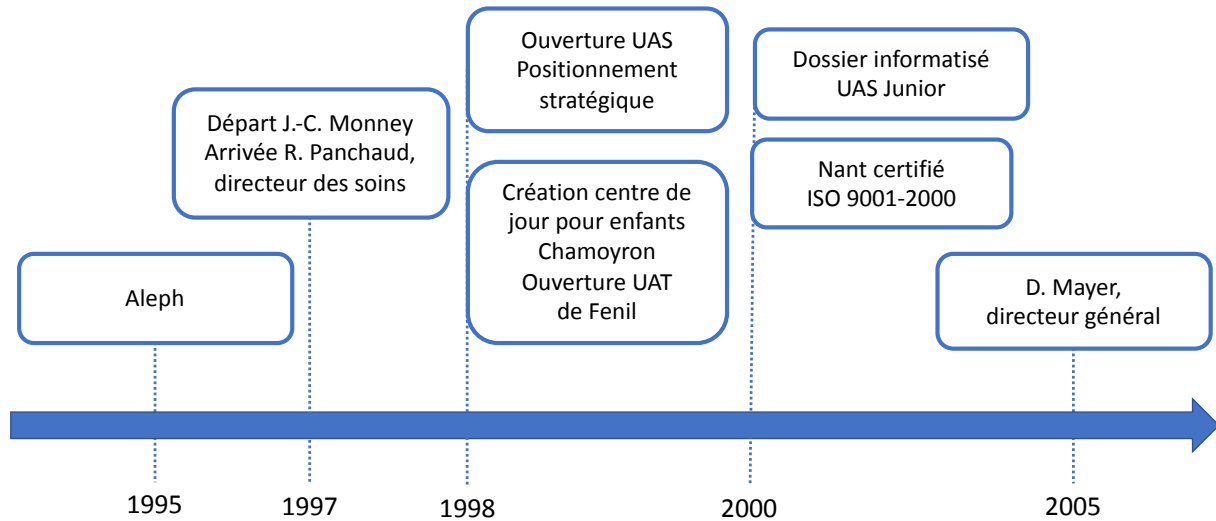
L'autre point marquant de l'année 2004 est un changement notoire dans le statut des médecins assistants et chefs de clinique. La limite des heures hebdomadaires est fixée à 50 heures. Le système de garde de Nant est complètement bouleversé : jusqu'alors il existait deux systèmes parallèles, une garde ambulatoire pour les patients suivis par les structures ambulatoires et intermédiaires (CIT, URT etc.) et une garde hospitalière. La nouvelle convention compte désormais toutes heures comme heures de travail, même les heures de présence pour la garde hospitalière pendant lesquelles les médecins dorment. Le système ne peut plus s'organiser de la même manière, les deux gardes doivent fusionner pour ne constituer qu'un seul système de garde sur le site hospitalier et pour l'ensemble des unités de la Fondation. Ce grand changement suscite beaucoup de conflits et de mécontentements, et impacte la continuité des soins médicaux, notamment à l'hôpital.

Parallèlement à ces mouvements et réorganisations, la Fondation de Nant poursuit son activité de valorisation et diffusion scientifique. En 1995, la 2^{ème} journée de réflexion sur l'actualité de la psychothérapie en institution est organisée avec succès en septembre à Nant par le Dr S., M^{me} S. et R. P. sur le thème du « soin psychique », avec un conférencier anglais, le Prof. Hogett, et une intervenante finnoise, Mme F. Schmitt, infirmière et psychothérapeute, qui reviendra très régulièrement donner des formations riches, originales et appréciées. En 1997, Dr N. de Coulon, directeur médical, devient membre ordinaire de la société suisse de psychanalyse ; il publie deux ans plus tard son ouvrage « La crise, stratégie d'intervention thérapeutique en psychiatrie » aux éditions Gaetan Morin. En 2001, le Dr N. de Coulon devient Président de la CCCP, l'ASCOR est reconnue officiellement le 15 février par le DSAS. Dans une autre approche, beaucoup plus orientée vers la vulgarisation pour le grand public, M. M. et moi-même publions en 2003 « L'abécédaire de la psychiatrie » qui connaîtra quelque succès auprès... des patients !

En 2001, l'OMS organise l'année de la santé mentale. À cette occasion, Nant organise le 7 avril une journée portes ouvertes. Environ cinq cents personnes viennent sur le site pour visiter les unités hospitalières et la tente sous laquelle sont présentées les autres unités et prestations de la Fondation. Le Conseiller d'État, chef du DSAS (Département de la santé et de l'action sociale), sera de la partie.

En marge de tous ces événements, le Conseil approuve en 2005 la création du Prix de Nant, proposé par le directeur des soins. Ce Prix prévoit de récompenser l'auteur d'un mémoire de fin d'études de toutes les filières de la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale Santé Social (HES-SO) en lien avec la santé mentale et l'approche humaniste dans les soins. L'idée est de faire connaître la Fondation de Nant, sa politique de soins et d'attirer des professionnels. Il est doté d'un montant de 5 000 CHF. Malheureusement, il n'est pas attribué cette première année, la qualité des travaux n'étant pas jugée suffisante par le jury. Le premier prix n'est donc attribué qu'en 2006, à M^{mes} C. C. et A. P. de la Haute école de santé (HES) de la Source à Lausanne pour leur mémoire intitulé « *Comment les parents vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant en psychiatrie* ». L'année suivante, le prix revient à Mme D. D., une autre étudiante de la HES la Source, pour son mémoire intitulé « *Les directives anticipées en psychiatrie : le déficit d'un partenariat* ».

Figure 7 : Repères de 1995 à 2005



1.4.2. La consolidation : histoire contemporaine de 2005 à 2010

Le contexte est marqué par une tendance de plus en plus claire en psychiatrie en faveur des neurosciences et des techniques cognitivo-comportementales. Les professeurs de psychiatrie ou les psychanalystes deviennent minoritaires, pour ne pas dire marginaux. L'attrait pour la psychanalyse est en déclin, les attaques contre celle-ci deviennent très frontales avec quelques parutions très médiatiques telles que « *Le livre noir de la psychanalyse*¹⁷² » en 2005 ou « *Le crépuscule d'une idole, l'affabulation freudienne*¹⁷³ » en 2010.

À Nant, cette période se caractérise par la mise en place d'une nouvelle organisation plus adaptée des instances et de leurs attributions. Depuis 2005, l'adaptation organisationnelle s'est opérée notamment avec la nomination d'un directeur général. Compte tenu de l'agrandissement, de l'évolution de l'environnement et de la complexification de l'établissement, l'organisation trouve péniblement un nouveau *modus vivendi*. Elle fait évoluer ses structures avec l'intégration des responsables médico-infirmiers des services au sein de la direction et l'établissement du contrat interne de prestations (1.4.2.1). C'est aussi la période de concrétisation de l'implantation régionale de Nant avec des projets concrets de collaboration avec les hôpitaux somatiques (1.4.2.2).

¹⁷² Meyer C. sous la dir., *Le Livre noir de la psychanalyse*, Les Arènes, Paris, 2005

¹⁷³ Onfray M. *Le crépuscule d'une idole, l'affabulation freudienne*, Grasset, Paris 2010

1.4.2.1. La construction difficile d'un nouveau *modus vivendi* organisationnel

En 2005, les résultats de l'évaluation des directeurs, l'annonce du départ du Dr de Coulon et la nouvelle loi sur les établissements privés entraînent une réflexion du président et vice-président sur la structure de direction de la Fondation. Elle aboutit à la proposition, au Conseil de Fondation, de modifier l'organisation de la direction. Celle-ci se concrétise par la nomination d'un directeur général auquel est subordonné la direction médicale et des soins. Cette décision met la Fondation en conformité avec la loi sur le règlement des établissements sanitaires de droit privé qui stipule dans son article 10 : « *Les directions médicales et des soins sont subordonnées à la direction générale.* » Ainsi D. Mayer, alors directeur administratif, devient directeur général.

Parallèlement, dans le souci de réfléchir à l'évolution et à l'avenir de l'institution, la Direction décide d'organiser, pour les cadres de la Fondation, deux journées de réflexion sur les changements institutionnels. Les thématiques abordées sont les changements cliniques, les modalités de régulation financière et la définition des lignes directrices pour l'avenir.

À partir de 2006, d'importants conflits éclatent au sein de la direction et l'organigramme fait apparaître des dysfonctionnements, notamment sous forme de double responsabilité : le directeur général assure la direction financière et administrative, il est également membre du collège de pédopsychiatrie et ne peut jouer son rôle. Le directeur médical et le directeur des soins ont une double responsabilité car ils assurent en même temps les mêmes responsabilités au niveau du service de psychiatrie adulte, et font donc partie du collège de psychiatrie adulte. Ces problèmes doivent être réglés pour améliorer le fonctionnement institutionnel.

Les changements portent sur une nouvelle organisation qui sépare clairement les responsabilités à partir de janvier 2007. Une nouvelle instance de direction, nommée « direction élargie » dans un premier temps, puis tout simplement « direction », intègre les responsables médicaux et infirmiers des services. L'objectif est de favoriser le passage d'informations entre la direction et les services, puisque les directeurs ne participent plus aux collèges des services, et d'instaurer une meilleure participation des responsables aux décisions institutionnelles. Si la création d'un nouvel échelon hiérarchique avec la création du poste de directeur général allonge la pyramide hiérarchique, l'intégration des responsables médico-infirmiers dans la direction contrebalance cet effet. La gouvernance de la Fondation s'organise donc autour de quatre instances : la direction, la direction

générale qui rassemblent les quatre directeurs (général, administratif & financier, médical et des soins), ainsi que le Comité de direction et le Conseil de Fondation qui restent inchangés.

Le poste de directeur administratif et financier est mis au concours dans l'objectif d'avoir trois directeurs sous l'autorité du directeur général, et que ce dernier ne cumule plus son rôle avec celui de directeur administratif et financier. Il ne s'agit pas d'un nouveau poste, mais de la transformation de celui d'adjoint de direction. M. T. R. est nommé à ce poste au début de l'année 2007 et prend ses fonctions au 1^{er} juin. Par ailleurs, deux nouveaux membres rejoignent le Conseil : Mme la Dre F.-C., médecin généraliste au pays d'Enhaut et M. B. de la Banque Cantonale Vaudoise (BCV).

Les difficultés au sein de la direction commencent à entraver son fonctionnement. Pour tenter de les régler, celle-ci va travailler avec la Tavistock Institute de Londres sur les questions de « Rôle, tâches et fonction », en même temps qu'avec l'Institut de formation et de recherche des organisations sanitaires et de leurs réseaux (IFROSS) de l'université Jean Moulin Lyon 3 sur les questions d'évolution organisationnelle et d'instauration d'un contrat interne de prestations entre la direction et les services. Les premiers contrats sont mis en place en 2009. Les attributions des différentes instances, Conseil de Fondation, Comité de Direction, doivent à nouveau être clarifiées. Désormais, la psychiatrie adulte s'appelle « Réseau de psychiatrie adulte » compte tenu de son fonctionnement en réseau, du projet de maintenir l'interdépendance et l'autonomie de ses unités. Cette dénomination est une nouveauté dans les institutions psychiatriques. Les postes de médecin chef et infirmier chef de ce réseau, laissés par le directeur médical et le directeur des soins, sont mis au concours.

2008 est une année de grande turbulence. Les conflits au sein de la direction ne trouvent pas d'issues malgré les travaux avec la Tavistock. Les statuts du Conseil, qui datent de 2002, ne sont plus adaptés, et il faut une fois encore opérer une mise à jour.

Mais l'évènement marquant est le départ précipité du Dr S. Nommé en 2005 à la direction médicale par une commission composée de membres internes et de membres externes faisant partie du réseau psychiatrique cantonal, ainsi que, pour la première fois dans le canton, de M^{me} Pont, directrice du Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP), le Dr. S. avait pourtant été très apprécié comme responsable médical de l'hôpital adulte. Mais son projet de faire de l'hôpital un service à part ne peut s'inscrire dans la

structure de direction. Ce départ suscite beaucoup de réactions au sein de l'institution et du Conseil, notamment de la part des médecins qui en sont membres.

De plus, cette situation soulève beaucoup de questionnements au sein du Conseil qui organise une journée de réflexion pour traiter ces questions la Tavistock Institute dans ses réflexions. Il en ressort encore une fois le besoin d'amélioration du passage de l'information entre Direction et Conseil, la nécessité de remettre à jour les statuts et les règlements, dont les nouvelles versions seront adoptées en 2009 par le Conseil, mais aussi les cahiers des charges des délégués du Conseil au Comité de Direction. Les attributions des différentes instances, Conseil, Comité de Direction et Direction, doivent aussi être précisées. Les conflits au sein de la Direction se déplacent au sein du Conseil, ce qui amène le Président et le Directeur général chez le Conseiller d'État, suite aux manœuvres politiques au niveau du canton des médecins du Conseil, qui n'approuvent pas le départ du directeur médical.

Les réactions face au départ du Dr S. sont également vives dans le monde médical à l'extérieur de Nant et agitent de la Société vaudoise de médecine (SVM) jusqu'au Conseiller d'État par interpellation au Grand Conseil d'un député médecin. Le Conseiller d'État demande au médecin cantonal d'investiguer cette affaire. Les conclusions de ce dernier sont claires et apaisantes : il n'y a pas de vice de forme et l'institution est sereine. Pour le recrutement du futur directeur médical, les médecins chefs sont chargés d'établir un descriptif des rôles, tâches et fonction de celui-ci pour septembre 2008 afin que le poste puisse être mis au concours. En attendant, le Dr T. G. assure l'intérim. La commission de nomination est à nouveau composée de personnes représentatives tant de l'interne que des partenaires externes. Le poste est mis au concours. Le 14 mai 2009, la Dre I. G. est nommée au poste de directrice médicale. Elle entre en fonction le 1er octobre 2009. Il s'agit de la première directrice médicale à Nant, mais c'est la deuxième femme responsable médicale après la Dre de Seret.

1.4.2.2. Le développement d'une implantation régionale et de collaborations hospitalières

Entre 2005 et 2006, le positionnement stratégique de la Fondation évolue. M. E. R., consultant bien connu pour avoir mené l'étude Aleph en son temps, mène trente entretiens avec différentes personnalités de l'institution et du canton. Trois séances internes sont organisées sur les thèmes : économie et soins, sociologie et politique, aspect légal et éléments internes. Les résultats sont synthétisés en cinq chapitres : soins, santé,

formation, travail de réseau et communication. Ces résultats confirment l'indispensable insertion de Nant dans la région et les collaborations avec les établissements sanitaires du réseau. À cet égard, un accord de collaboration est signé avec l'hôpital Riviera (hôpital général de Vevey – Montreux) pour construire des plateformes communes dans les domaines cliniques et de gestion.

Cette orientation stratégique peut s'appuyer sur une relative bonne santé financière. L'année 2005 se finit avec un bénéfice de 872 676,08 CHF, et si le budget prévu pour l'année 2006 accuse un déficit de 248 623 CHF, le résultat est en fait très élevé et se monte 1 642 175,59 CHF, à cause de nouvelles directives comptables, qui obligent à dissoudre les provisions. En 2007, le budget prévisionnel est également déficitaire à hauteur de 728 139 CHF, mais l'objectif est de le compenser par les apports des prestations de l'ambulatoire et de la liaison ; le résultat de l'année montre finalement un bénéfice de 632 347,22 CHF. Le même schéma se répète, par exemple en 2009 avec un budget affichant un déficit de 729 692 CHF que la Fondation espère voir comblé par les prestations ambulatoires. Par ailleurs, la Fondation continue d'assurer sa capacité d'investissement par des opérations immobilières. En 2007 par exemple, une réflexion s'engage pour vendre des terrains à bâtir qu'elle possède à Jongny et qui ont une certaine valeur. Ce sont les derniers terrains à construire sur la commune, qui est donc intéressée à ce qu'ils soient utilisés, sans quoi elle ne peut débloquer d'autres parcelles pour la construction à l'avenir. Le fruit de la vente pourrait financer les projets dont celui d'un centre de formation sur le site de Nant.

Dans la ligne directrice du positionnement stratégique de nombreux projets de collaboration sont mis en œuvre. En 2005 par exemple, Nant projette de reprendre la responsabilité complète de l'unité Azimut avec laquelle la Fondation collabore pour des problèmes de dépendances et dans un travail de proximité. L'hôpital psychiatrique fait malheureusement parler de lui suite à un accident dans lequel une patiente a tenté de s'immoler par le feu pendant son hospitalisation. Les médias se saisissent de cet événement qui est retracé de manière assez travestie, notamment dans le journal télévisé du soir, dans lequel le directeur des soins est interviewé.

En 2007, des délégués de Nant participent de manière très active aux groupes de travail « Conception et concertation » avec la société ICADE, en vue du projet de l'hôpital unique de Rennaz, qui doit remplacer les hôpitaux Riviera et Chablais qui sont les principaux partenaires hospitaliers de la Fondation.

La même année, un projet de lits de pédopsychiatrie est élaboré en commun avec ces deux hôpitaux pour combler le manque évident de réponse aux besoins des enfants et adolescents de la région. Ces lits doivent être intégrés dans le service de pédiatrie pour constituer une Unité hospitalière de pédopsychiatrie en pédiatrie (UHPP). C'est un vrai projet de collaboration « au-delà des murs ». Le financement est accordé, mais à l'hôpital du Chablais alors que Nant prend pourtant la responsabilité médicale de l'unité. L'UHPP ouvre ses portes le 1^{er} octobre 2007.

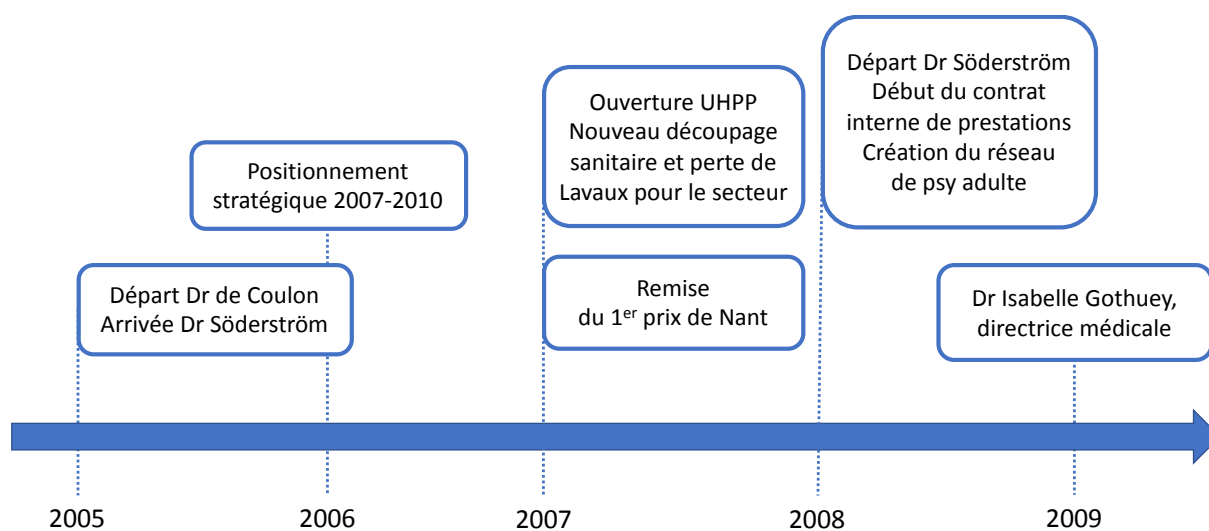
En ce qui concerne la psychiatrie adulte, l'hôpital connaît à partir de 2007 une augmentation d'activité très importante et difficile à endiguer. En 2008, la Dre I. G. est nommée médecin cheffe du réseau de psychiatrie adulte et M. A. D. infirmier chef de ce même réseau. L'organisation infirmière est revue. Désormais, l'infirmier-chef adjoint est responsable de l'hôpital adulte, contrairement à l'organisation précédente qui répartissait les responsabilités des deux cadres supérieurs infirmiers de la psychiatrie adulte entre hôpital et ambulatoire. M. M. M. est nommé infirmier responsable de l'hôpital.

En 2008, les trois autres secteurs psychiatriques sont intégrés en une seule entité : le département psychiatrique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). L'opération Triptyque est lancée pour coordonner cet ensemble. Comme au moment de la création des hospices cantonaux dans les années 1990 qui avait abouti à l'intégration de la Fondation dans cette nouvelle entité, l'État exerce des pressions pour tenter de s'approprier la Fondation de Nant. Mais celle-ci reste fidèle à sa stratégie d'implantation régionale et participe aux travaux de préparation du nouvel hôpital unique de sa région, avec lequel elle a des projets de collaboration à l'instar de celui de l'UHPP.

Par ailleurs, la Fondation de Nant poursuit la valorisation scientifique des approches cliniques mises en place. En 2006 par exemple, le bilan des collègues à thèmes instaurés par Dr D. S. est très positif. Les 29 et 30 juin 2007, à l'initiative du Dr S., deux journées scientifiques sont organisées à Nant sur le thème « Psychose et trauma », à l'issue desquelles est fondée la branche suisse de l'International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia and other psychosis (ISPS). Le 4 décembre 2008, un après-midi scientifique est organisé avec succès pour marquer les 10 ans de l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS). L'activité scientifique de la Fondation passe par un effort de traduction dont les frais annuels dépassent les 100 000 CHF, des prestations indispensables pour lesquelles les responsables du SSP décident pourtant de n'accorder aucun budget en 2007.

La Fondation porte de nombreux projets innovants. En 2006, le premier poste de praticien institutionnel est créé et le Dr U. C. va occuper cette fonction à la policlinique. Plusieurs autres projets sont présentés en 2007 dans le cadre des négociations budgétaires avec le SSP : le projet « Urgence, crise, liaison » (UCL) élaboré et mené par le Dr G. W., le projet « Centre de compétences pour personnes âgées » et celui de « psychiatrie transculturelle » mené par M. R. Simon, psychologue spécialisé dans le domaine, qui sera mis en route en 2009. Font aussi partie des négociations la « liaison alcoolologique », le développement d'Azimut et enfin le projet de centre de formation de l'Est vaudois.

Figure 8 : Repères de 2005 à 2009



2. Éléments historiques de la psychiatrie : du dedans au parcours de soins

« La folie n'est pas une maladie comme les autres. La dimension anthropologique de la folie est essentielle à sa compréhension historique »
Cl. Quétel

« On ne devient pas fou comme on le désire. La culture a tout prévu »
Laplantine

« La psychiatrie n'est évidemment pas une science... elle constitue un ensemble articulé de données sémiologiques et cliniques, corrélées entre elles et, sans dépendance hiérarchique, avec un groupe de disciplines hétérogènes, comme l'anatomie, la neurophysiologie, la psychanalyse et la psychologie expérimentale... »

Lanteri Laura

La psychiatrie a un peu plus de deux cents ans. Elle peut être divisée en quatre étapes principales qui correspondent à des modes de pensée clinique différents conditionnant le déploiement du dispositif et son organisation. « *Suivant la conception généralement reçue, la psychiatrie évoluerait par grandes révolutions, ou rupture (volontiers qualifiées d'épistémologiques) où se liraient-déliceraient les moments mutatifs de son progrès.* ¹⁷⁴ » La première configuration d'espace du soin psychique correspond à l'espace unique de l'asile à la naissance de la psychiatrie au début du XIX^e siècle (2.1). La deuxième est celle de l'espace polarisé hospitalo-ambulatoire avec les premières consultations ambulatoires (2.2). La troisième est marquée par le secteur psychiatrique, que l'on pourrait qualifier d'espace intégré permettant et favorisant une trajectoire de soins (2.3), avant de passer à une psychiatrie au-delà des murs, quatrième configuration et quatrième étape, dans laquelle la psychiatrie s'infiltrer un « peu partout », dans les autres institutions de soins et dans la communauté (2.4). La psychiatrie a suivi en Suisse les mêmes étapes que dans le reste de l'Europe et les États-Unis (2.5).

2.1. Quand le lieu est la règle : l'asile et le tout dedans

Un des éléments fondateurs de la psychiatrie est l'instauration officielle d'un espace dévolu au traitement de la folie : la psychiatrie naît avec la constitution de l'asile, premier lieu médical du traitement des aliénés au début du XIX^e siècle (2.1.1). Dans cet espace, l'autorité joue un rôle central dans la naissance de la psychiatrie, le traitement des aliénés et l'organisation institutionnelle (2.1.2), si bien que les alternatives à l'enfermement restent rares et isolées (2.1.3).

2.1.1. La naissance de la psychiatrie, l'asile ou « le tout dedans »

Les historiens s'accordent à reconnaître la naissance de la psychiatrie au début du XIX^e siècle¹⁷⁵ en tant que spécialité médicale et qui marque un changement essentiel dans l'histoire bien plus longue de la folie. Il s'agit d'une véritable rupture épistémologique et sociale, un de ces « *moments mutatifs* » dont parlent Postel et Quételet ¹⁷⁶. Plusieurs éléments

¹⁷⁴ Postel J. Quétel C. sous la dir. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994, p. 368

¹⁷⁵ Gauchet M. Swain G., *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980, Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 2004, Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Ed. du Temps, Paris, 1998, Quételet Cl. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier Paris, 2009, Swain G. *Dialogue avec l'insensé*, Ed. Gallimard, Paris, 1994

¹⁷⁶ Postel J. C. Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod éd., Paris, 1994, p. 368

ont contribué à cette première rupture : la fin du siècle des Lumières et le contexte social français de la Révolution française conditionnant de nouveaux rapports sociaux entre humains¹⁷⁷, l'idée toute nouvelle de la curation possible de la folie avec le traitement moral – à comprendre comme un traitement « psychique » à l'opposé d'un traitement physique – et d'un lieu dédié à cet effet : l'asile. Dans son traité de la manie, Pinel affirme ainsi que « *a maladie appelée communément folie n'est pas incurable*¹⁷⁸ ». C'est le premier paradigme de la psychiatrie selon Lanteri Laura¹⁷⁹, celui de l'aliénation mentale. La psychiatrie naissante instaure un « nouvel ordre » qui va rendre la folie « administrable » par la médecine à travers « *l'agencement de dispositifs pratiques par des responsables bien intentionnés*¹⁸⁰ ».

Cette nouvelle conception de la folie et de sa curation possible s'est construite chez Philippe Pinel, à travers son expérience de médecin à Bicêtre où il exerce depuis 1793, avant d'être nommé à la Salpêtrière le 13 mai 1795. À Bicêtre, Pinel rencontre Jean-Batiste Pussin, soignant (infirmier), ancien interné et « chef de la police intérieure », soit infirmier chef général de cet établissement. Ce dernier inspire l'œuvre de Pinel : il « son professeur¹⁸¹ » que le mythe, créé de toutes pièces notamment par le fils de Pinel, Scipion, effacera de l'histoire, alors même que Pinel reconnaît son apport, notamment dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale¹⁸², et lui reconnaît la paternité du geste fondateur du mythe, celui d'avoir ôté les chaînes des aliénés le 24 mai 1798. « *L'important, ce n'est donc pas le fait que les chaînes aient été détachées... l'important, c'est le mythe qui a donné sens à cette libération*¹⁸³ », et qui met en avant plutôt la philanthropie de Pinel que le geste libérateur.

Avant la création des asiles, les fous étaient soignés à l'hôpital général où leur était réservé un quartier. L'hôpital général recevait alors bien d'autres personnes. Celui de Paris est créé par un édit du Roi en 1656 qui précise qui doit y être admis : tout ce que la ville compte d'errants, vagabonds, mendiants, indigents et autres perturbateurs de la vie

¹⁷⁷ Hochmann J. *Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie, L'évolution psychiatrique*, vol. 82, juillet/septembre 2017, p. 471

¹⁷⁸ Quérel Cl. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier Paris, 2009, p.255

¹⁷⁹ Lanteri Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Ed. du Temps, Paris, 1998,

¹⁸⁰ Castel R. *L'ordre psychiatrique*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 20

¹⁸¹ Swain G. op. cité p. 107

¹⁸² Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, les empêcheur de penser en rond, Le seuil, Paris, 2005 (1809), p. 8

¹⁸³ Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972, p. 499

sociale jusqu'aux prostituées. Cet hôpital général est déjà multisites, il comprend la Salpêtrière, la Piété et Bicêtre. Cette politique sera adoptée sur l'ensemble du territoire français et en Europe. La question de l'insécurité est déjà à l'ordre du jour. C'est ce que M. Foucault nomme le grand enfermement¹⁸⁴. Dans ces établissements, tous les « enfermés » sont confondus, mais à partir de 1780, quelques salles sont réservées aux fous dans six villes de France : Paris, Lyon, Aix-en-Provence, Rouen, Avignon et Marseille. Pour donner une représentation du nombre d'individus concernés, la Salpêtrière compte plus de 7 500 femmes¹⁸⁵ à la fin du XVIII^e siècle. Le 15 juin 1797, Charenton est réouvert pour les hommes « fous ». En 1802, les salles des fous de l'Hôtel-Dieu de Paris sont définitivement fermées : les femmes iront à la Salpêtrière et les hommes à Charenton. Cette fermeture marque la naissance de l'asile, refuge au sens étymologique, terme préféré à celui d'hôpital revêtant un caractère péjoratif à l'époque. Il faudra attendre les années 1930 pour que les asiles reprennent le nom d'hôpitaux (psychiatriques). Pour l'heure, les fous sont donc soignés dans ces asiles et sous la direction d'un médecin spécialiste, l'aliéniste : c'est le « *passage de l'esprit du mal à la maladie de l'esprit* » selon la formule d'H. Ey.

La naissance de la psychiatrie et des asiles n'est pas brutale, elle se construit dans une évolution qui commence au XVIII^e siècle sous l'influence d'autres penseurs et d'autres expériences : « *le XIX^e siècle n'invente pas le traitement moral, dont on a vu s'opérer la lente gestation tout au long du XVIII^e siècle* ¹⁸⁶ ». Le siècle des Lumières, les courants philanthropique et franc maçon ont compté dans l'évolution des idées concernant les insensés et la manière de s'en occuper. Les expériences anglaises ont aussi pesé dans cette évolution. Ce pays a été précurseur dans l'attribution d'établissements dédiés aux soins des aliénés. La suppression du spectacle des fous en 1770, qui était pourtant une forme de revenu substantiel pour les établissements, est un signal de changement. L'Angleterre connaît un important mouvement de traitements sans contrainte (*non-restraint*), par la voie de la persuasion, du réconfort et de la consolation. Selon le Dr William Battie (1703-1776), « *management did much more than medicine in this disease*¹⁸⁷. » Sans le nommer, il s'agit avant l'heure d'un traitement moral. Le point d'orgue de ce mouvement se concrétise avec le projet de La Retraite, institution privée construite

¹⁸⁴ Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972

¹⁸⁵ Pinel, op. cité, p. 10

¹⁸⁶ Quétel Cl. op. cité p. 239

¹⁸⁷ Quétel Cl. Op. cité p.234

en 1796 sous l'impulsion de William Tuke (1732-1822) pour traiter les insensés de manière humaniste. Cette institution est une source d'inspiration pour les aliénistes du début du XIX^e siècle et notamment pour Pinel. La folie y est conçue en tant que maladie de l'esprit pour laquelle le principe thérapeutique est d'agir sur l'esprit en gagnant la confiance du malade et en détournant son attention de ses délires pour obtenir un contrôle sur ces derniers. Pour ce faire, la vie institutionnelle est très réglementée et organisée.

Cette institution présente des particularités qu'il est intéressant de retenir. Il s'agit d'une institution privée née d'une initiative privée. Elle n'est pas le fruit d'une politique sanitaire ou d'une décision politique. Cependant, le Parlement anglais vote une loi en 1774 (*Act for Regulating Private Madhouses*) qui permet et réglemente l'internement des insensés dans les asiles privés. Le fondateur de La Retraite, William Tuke (1732-1822) est quaker. Les Quakers sont des dissidents de l'église puritaine anglicane. Leur mouvement se nomme la « société religieuse des Amis ». C'est en réaction au décès suspect d'une femme quaker dans l'asile de York que W. Tuke dénonce les mauvaises conditions de l'asile et convainc ses « Amis » quakers de financer la construction d'un établissement pour les quakers malades mentaux à York. Il peut accueillir 30 malades qui sont traités de manière philanthropique « dans la bienveillance et la douceur d'une structure familiale¹⁸⁸ ». « La Retraite fut une maison de campagne. L'air y est sain [...] La Maison s'ouvre par des fenêtres sans grillage sur un jardin [...] La Retraite édifie en même temps un groupe social [...] elle veut être une grande communauté fraternelle [...] conforme à la grande image de la famille biblique¹⁸⁹. » Le petit-fils du fondateur Samuel Tuke (1784-1857) fait connaître cette institution avec sa publication de 1813 dans laquelle il expose l'histoire de la Retraite ainsi que ses principes thérapeutiques. Il y précise que « son » traitement moral est synonyme de management. Ce mode de traitement deviendra un modèle pour l'Angleterre, mais aussi aux États-Unis d'Amérique où le premier hôpital psychiatrique, « The Friends Asylum », est créé à Philadelphie ce modèle en 1813¹⁹⁰. Il est à relever que cet établissement semble avoir été très bien géré, au point de faire des bénéfices et de reverser des dividendes à ceux qui avaient souscrit des actions pour sa construction¹⁹¹.

¹⁸⁸ Quétel Cl. op. cité p. 237

¹⁸⁹ Foucault M. op. cité p. 492 et 494

¹⁹⁰ Minard M. *Le DSM-Roi*, érès éd. Toulouse, 2013, p. 23

¹⁹¹ Tuke S. citation in Foucault M. op. cité p. 494

En France, il existe un précurseur souvent évoqué du traitement moral : Joseph Daquin (1757-1815), médecin aliéniste, franc-maçon (comme Pinel), exerçant à Chambéry « *et compagnon, rapporte-t-il, de quelques excursions botaniques de Jean-Jacques Rousseau*¹⁹² ». Il publie un ouvrage en 1791, *La Philosophie de la folie*, dans lequel il se fait le chantre de « *l'hygiène de l'âme* », qui « *seule doit avoir une plus grande influence sur l'esprit de ces malades que tous les agents physiques employés jusqu'ici [...] les secours moraux devraient peut-être, être les seuls qu'on dût employer*¹⁹³ ». Il préconise la patience, la douceur, des égards et de la consolation dans un abord de l'aliéné qu'il définit comme suit : « *Il est donc un terme moyen à saisir pour la guérison des fous entre contrarier l'objet de leur folie et le flatter. J'avoue de bonne foi que c'est là le point difficile. Les praticiens y ont peu réfléchi, ou l'ont absolument négligé. Pour moi, je le regarde comme un des principaux secours dans cette maladie*¹⁹⁴ ». Malgré son positionnement avant-gardiste, Daquin n'a pas une grande aura : psychiatre des champs selon l'expression de Quétel, perdu pour Paris aux dires de certains, il reste celui qui n'a pas fait que déplorer une situation désastreuse pour les aliénés, mais à aussi expérimenter une nouvelle approche pour améliorer leur sort et leur traitement.

Le traitement moral de Pinel s'est inspiré massivement des pratiques de Pussin. « *Pussin, sans avoir pris l'avis de personne et sans qu'on l'eût remarqué, expérimentait depuis longtemps le système que Pinel allait inaugurer.*¹⁹⁵ » Pour V. Kapsambelis, c'est dans cette complémentarité médico-soignante que se trouve la véritable invention d'un dispositif soignant. « *C'est [...] sous l'impulsion de Jean Batiste Pussin [...] que Pinel transforme l'asile en instrument de soins. Il le fait en distribuant des rôles précis et différenciés entre les médecins, les soignants et les murs.*¹⁹⁶ » Ce traitement moral se déploie sur trois axes :

1. Le premier axe consiste à isoler le malade de son milieu naturel, sa famille, pour le placer dans un lieu de soins, l'asile. Selon Pinel lui-même, « *une expérience a appris que les aliénés ne peuvent presque jamais être guéris au sein de leur famille.*¹⁹⁷ » Cet

¹⁹² Swain G. Dialogue avec l'insensé, Gallimard, Paris 1994, p. 136

¹⁹³ Quétel Cl. op. cité p. 231 -2

¹⁹⁴ Daquin J. *La Philosophie de la folie* cité in Gauchet M. Swain G., *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980, p. 414

¹⁹⁵ Postel J. *Eléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, L'harmattan, Paris 2007, p.100

¹⁹⁶ Kapsambelis V. Les institutions psychiatriques : une approche à partir de la théorie de la libido, In : François Y. Touati B. *Psychanalystes en pédopsychiatrie. Vitalité, diversité, difficultés, face aux nouvelles contraintes*, Paris, Ed. In Press – ASM 13, 2010, p. 72

¹⁹⁷ Pinel P. 1809 cité in Lanteri-Laura G. *op.cité* p. 66

éloignement devrait agir sur quatre facteurs : éloigner le patient des causes de son affection, ôter la présence de personnes dont il se plaint, le soumettre aux soins de nouvelles personnes et enfin opérer une prompte diversion¹⁹⁸.

2. Le deuxième axe cadre la relation avec l'aliéné. Pinel préconise de « *s'adresser à ce qu'il rest[e] toujours de raison dans le plus aliéné des aliénés*¹⁹⁹ ». La prémisse est que la folie n'est jamais totale et qu'il existe toujours une part de raison chez l'aliéné avec laquelle il est possible de faire alliance pour « combattre » la part malade.
3. Le troisième axe prévoit d'occuper l'aliéné, autrement dit de le faire travailler. Pinel donne l'exemple d'un « *aliéné [qui] s'occupa à un travail profitable tout à la fois à son apaisement et au bien de l'institution*²⁰⁰. » « *C'est bien souvent bien moins par les médicaments que par des moyens moraux, et surtout par une occupation active que l'on peut faire une heureuse diversion aux idées tristes des mélancoliques, ou même changer leurs enchaînements vicieux.*²⁰¹ »

À ces trois principes s'ajoutent en toile de fond la discipline, l'ordre et l'autorité. « *Le trait le plus saillant de la folie étant le désordre physique et moral, puisque c'est par là qu'elle se traduit, la tendance thérapeutique la plus constante et la plus uniforme doit être le rétablissement de l'ordre dans l'exercice des fonctions et celui des facultés.*²⁰² » Cet ordre s'instaure à travers le travail. Le manuscrit de J. B. Pussin datant de 1797 abordait déjà cette question du travail : « *le travail serait pour ces gens-là le plus grand service qu'on pourrait leur rendre [...] le travail servirait au moins à défrayer d'une partie de la dépense qu'on fait pour eux, et ils seraient moins malheureux.*²⁰³ » Le travail prend progressivement sa dimension thérapeutique. « *Le travail étant apprentissage de l'ordre, de la régularité, de la discipline (on dira bientôt qu'il est resocialisant), il va constituer de plus en plus l'axe du traitement moral.*²⁰⁴ » C'est également ce lien entre travail et traitement qui induit un

¹⁹⁸ Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 590

¹⁹⁹ Pinel P. 1809 cité in Lanteri-Laura G. *op.cité* p. 66

²⁰⁰ Pinel P. 1809 cité in Lanteri-Laura G. *op.cité* p. 67

²⁰¹ Pinel cité In Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 588

²⁰² Girard de Cailleux cité In Bleandonu G. Gaufrey G. *Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris)* Annales. Économie, Sociétés, Civilisation. 30^{ème} année, N, 1, 1975. pp 101

²⁰³ Pussin J. B In Weiner D. B. *Philippe Pinel et l'abolition des chaînes un document retrouvé*, L'Information psychiatrique – Vol. 56, n° 2 – février 1980, p. 250

²⁰⁴ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 257

mandat de gestionnaires aux aliénistes de l'époque. « *Monsieur Esquirol et tous les médecins actuels sont unanimes à regarder le travail comme un des puissants moyens de guérison de la folie ; ce n'est plus un problème à résoudre, c'est une vérité désormais acquise à la science.*²⁰⁵ » L'idée du travail devient une condition nécessaire au rétablissement des aliénés mais, par la suite, on ne saura plus très bien s'il est la fin en soi ou le moyen de guérison, le travail des aliénés étant aussi une importante source de revenu qui permet au mieux d'allier fonction thérapeutique et rentabilité économique.

Cet ordre nécessaire ne semble pas évident à instaurer à la Salpêtrière. Pinel explique qu'il lui « *a été impossible d'entreprendre le traitement de la folie à cause de l'espèce de désorganisation où est cette partie de l'hospice*²⁰⁶ ». Il se pose une difficulté particulière dans l'exercice de la discipline et plus particulièrement dans la manière de l'exercer et de trouver les hommes capables de le faire. C'est pour cette raison que Pinel tient tant à Pussin et qu'il négocie avec le ministre de l'intérieur Nicolas Louis François de Neufchâteau pendant plusieurs années pour obtenir son transfert de Bicêtre à la Salpêtrière. C'est aussi pour cette raison que les anciens malades sont engagés pour soigner les aliénés. Ils sont capables de les traiter avec humanité, ce que ne font pas les domestiques ou autres employés, trop convaincus que l'aliéné est totalement fou et inhumain. « *Il est presque impossible de faire entendre aux serviteurs que les aliénés jouissent de la plupart de leurs facultés. Si ce n'est à ceux qui ont été eux-mêmes atteints de folie.*²⁰⁷ » Le principe d'ordre reste longtemps un principe thérapeutique. « *Pour mettre de l'ordre dans les idées des aliénés, il faut en mettre autour d'eux*²⁰⁸ » écrit Archambault en 1842. C'est le principe même de ce qu'on nommera à partir de la fin des années 1970 le travail de milieu²⁰⁹.

Les négociations de Pinel pour faire venir Pussin à la Salpêtrière montrent à quel point les compétences soignantes sont rares, ce qui pose problème aux établissements. Il semble difficile de trouver les personnes compétentes et certains établissements,

²⁰⁵ Girard de Cailleux cité In Bleandonu G. Gaufrey G. *Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris)* Annales. Économie, Sociétés, Civilisation. 30^{ème} année, N, 1, 1975. pp 103

²⁰⁶ Pinel P. 1809 cité in Quétel Cl. op. cité p. 249

²⁰⁷ Georget cité in Gauchet M. Swain G., op. cité p. 208

²⁰⁸ Archimbault 1842 cité In Quétel Cl. op. cité p. 266

²⁰⁹ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

conscients de ces enjeux, payent cher pour assurer la transmission des savoirs et compétences soignantes. Par exemple, à l'hôpital de Fribourg à la fin du XVII^e siècle, on payait très cher la « musshafera » partante (dénomination locale de l'infirmière à l'époque) pour qu'elle forme celle qui allait lui succéder. « *Les montants investis pour assurer la transmission des connaissances le confirment [...] La soignante reçoit l'équivalent de ce salaire annuel pour tenir à celle qui va la remplacer un discours d'autorité sur la façon de prendre soin : elle va recevoir un louis d'or neuf*²¹⁰ ». Les compétences soignantes sont un point essentiel du bon fonctionnement des établissements, mais elles restent rares et chères. Leurs absences peuvent sérieusement mettre en difficulté les institutions qui ne semblent pas prendre le problème en main. Rappelons que la première école laïque d'infirmières ouvre en Suisse en 1859 à l'École de la Source à Lausanne²¹¹ alors que l'école des diaconesses (protestantes) de Saint Loup est ouverte en 1842.

Pinel est donc très conscient de l'importance du rôle des soignants sans lesquels il ne peut travailler. D'autre part, il tient particulièrement à cœur l'autorité et sera suivi par ses successeurs dans cette voie : « *le traitement consiste dans l'art de subjuguier et de dompter, pour ainsi dire, l'aliéné, en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui par ses qualités physiques et morales, et l'application continuelle des principes de la plus pure philanthropie, soit propre à exercer sur lui un empire irrésistible et à changer la chaîne de ses idées*²¹². » L'autorité, Pinel la veut patriarcale, centrale et toute dédiée au médecin avec des « relais soignants » se référant à cette unique source d'autorité « *car l'important reste de ne pas être sous l'influence du fou qu'il faut toujours dominer*²¹³. » C'est la crainte d'être dominé, et peut-être envahi par l'aliéné qui est à la source de ce positionnement. « *L'autorité morale est nécessaire, et elle représente l'agent principal du traitement moral qui conduit le malade vers la guérison grâce au savoir ("une connaissance parfaite") du médecin qui, seul, peut "subjuguier la passion" responsable du délire.*²¹⁴ » Il faut une hiérarchie des pouvoirs et l'élève d'Esquirol, E. Georget, de suivre son maître, voire de pousser le trait jusque dans les retranchements les plus absolus : « *le médecin est le seul*

²¹⁰ Nadot M. *Prendre soin au féminin*, Cahiers du musée gruérien, Recherches, *Histoire au féminin* - N°8 – 2011, p. 138

²¹¹ Francillon D. 150 ans d'histoire 1859/2009 La Source en images, Editions La Source, Lausanne 2009, <http://www.ecolelasource.ch/histoire/> consulté le 14 juillet 2016

²¹² Pinel P. *Observation sur la manie 1794* cité In Quétel Cl. op. cité p. 257

²¹³ Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 588

²¹⁴ Postel J. op. cité p. 590

*directeur de l'emploi, rien ne s'y fait sans ses ordres et que d'après ses ordres... Le gouvernement des fous doit être absolu ; toutes les questions doivent être décidées sans appel par le médecin*²¹⁵ ». Pour ce dernier, comme pour ses prédécesseurs, l'autorité médicale s'étend à tous les collaborateurs. « *Tous ses subordonnés doivent faire partie de lui-même, le seconder en sa présence, le suppléer en son absence, faire continuellement ce qu'il ne peut faire que plus rarement*²¹⁶. » Et G. Daumézon de commenter : « *Comment faut-il entendre l'éloge de la monarchie dans l'asile ? [...] je ne lis pas autre chose que ce souhait de tout médecin de ne pas voir son activité concurrencée par un tiers traitant [...] ce souhait de monarchie se retrouve chez tous*²¹⁷ » – et se retrouvera encore longtemps, et sera malheureusement un énorme frein à l'évolution pourtant nécessaire de l'asile. Ce positionnement pourrait appeler à de nombreux commentaires sur le principe d'autorité médicale et l'organisation autocentrée des établissements sanitaires qui en découlent et dont les effets sont encore à l'œuvre aujourd'hui.

« *Cette entreprise de socialisation forcée, dans laquelle on a pu voir une préfiguration de l'état totalitaire, suppose une organisation de l'institution asilaire pensée dans ses moindres détails et soumise à un centre général d'autorité.*²¹⁸ » C'est une manière de régler la vie institutionnelle et « d'opérer » des traitements pour un ensemble de patients. Cela permet de passer ainsi d'une approche individuelle à un traitement collectif. « *Car c'est bien de cela qu'il s'agit... d'un transfert du ressort de la cure morale de l'élément de la relation personnelle à celui de l'inscription-immersion au sein d'un ordre communautaire*²¹⁹. » Le glissement de l'autorité de l'individu au collectif devient le levier central d'un possible traitement collectif.

Comme Pussin est l'homme d'une pratique, « *Pinel est l'homme d'un livre* » – selon le slogan de Quétel – avec son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* qui académise la curation de la folie et le traitement moral. Du même coup, il tente de faire entrer l'aliénisme dans la médecine pour trouver sa reconnaissance. Son élève Esquirol – qui remplace Pussin à sa mort dans la même fonction de surveillant – va suivre la voie de son maître Pinel et contribuer à la construction des asiles en France. La nomination

²¹⁵ Georget E. cité In Postel J. op. cité p.593

²¹⁶ Georget E. cité In Postel J. op. cité p. 594

²¹⁷ Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 613

²¹⁸ Hochmann J. op cité p. 11-12

²¹⁹ Gauchet M. Swain G., op. cité p. 96

d'Esquirol à la place de Pussin est significative, elle marque la fin de l'époque où des non-médecins soignaient les fous, et le début de l'ère du médecin de l'asile. « *L'instrument de guérison va avec le maître qui sait en jouer.*²²⁰ » La médecine mentale prend le pouvoir et saura l'étendre au-delà de l'asile avec son statut d'expert. C'est la fin de la conception pinellienne de l'asile bâti sur la complémentarité des rôles médico-soignants, un changement qui plonge l'institution asilaire dans une période noire dont elle ne sortira qu'après la seconde guerre mondiale.

Cependant, Esquirol va développer la réflexion sur le traitement moral. Il propose de contourner la folie en s'adressant à la partie saine de l'aliéné pour construire ce que nous appellerions une conscience morbide : « *faire rentrer l'aliéné en lui-même, commencer à lui faire entrevoir la possibilité qu'il est malade.*²²¹ » Il met ainsi en évidence le processus thérapeutique et reconnaît la dimension subjective de la folie : « *le délire s'exerce sur le moi, sur la personnalité même de l'individu*²²² ». Le simple fait de parler aux malades est en soi un changement majeur pour ne pas dire une révolution. Avant cela, on ne parlait pas avec les aliénés parce qu'on pensait que leur « déraison » était totale et qu'ils ne faisaient rien des mots qu'on leur adressait. C'est, entre autres, pour cette raison qu'on les maltraitait physiquement, car lorsque la raison est perdue, on s'adresse au corps. Pour Esquirol, toutes les affections peuvent être traitées de cette façon et la question de l'origine des troubles ne se pose pas pour indiquer, ou non, le traitement moral, ce qui constitue un grand changement par rapport aux pratiques antérieures qui tentaient d'agir sur la cause, ce qui freinait beaucoup les possibilités thérapeutiques.

Malgré leur « foi » dans le traitement moral, Pinel comme Esquirol restent des médecins et ne peuvent pas ne pas être « aussi » organicistes dans l'idée d'inscrire une origine biologique dans la folie, et il faut dépasser ce verrou de l'origine des troubles liée au type de traitement. « *Il faut s'entendre sur ce que l'on veut dire par traitement moral : c'est l'application des facultés d'entendement, des affections morales, au traitement de l'aliénation mentale*²²³. » De plus, on reconnaît (déjà) que c'est l'aliéné lui-même qui se sort de ce processus pathologique,²²⁴ ce qui limite l'action du médecin et pose un

²²⁰ Gauchet M. Swain G., op. cité p. 282

²²¹ Esquirol cité in Gauchet M. Swain G., op. cité p. 440

²²² Esquirol In Swain G. op. cité p. 59

²²³ Esquirol cité In Gauchet M. Swain G., op. cité p. 377

²²⁴ Gauchet M. Swain G., op. cité p. 281

problème apparemment insoluble : quel rapport entretenir avec le malade si c'est lui et lui seul qui peut agir ? Quel sens peut alors avoir un rapport de coercition ? Il faut trouver « *le contraire d'un pouvoir d'agir sur l'autre : un pouvoir de le faire agir sur lui-même mais par votre intermédiaire*²²⁵ ». Si l'action de Daquin est opérée depuis dehors, celles de Pinel et Esquirol se représentent la possibilité d'avoir un ancrage à l'intérieur de l'univers du fou, par exemple par présence ou attitude. Ils « *attaquent par le dedans en comptant sur les ressources du patient* »²²⁶. Mais il faudra près d'un siècle pour avoir une proposition novatrice dans ce rapport « d'impouvoir » avec le patient grâce à la psychanalyse. « *Le traitement moral n'a pu faire autrement que passer à côté de la découverte de l'inconscient*²²⁷. » Il s'agit là de l'une des grandes limites du traitement moral et du dispositif asilaire.

Concernant l'espace du traitement, Esquirol préconise d'abord de petites structures comme seule possibilité pour soigner les insensés et appliquer le traitement moral, puis il opère un virement total dans la promotion qu'il fait par la suite de la construction des grands asiles, revirement qui constitue autant une réponse à la question économique qu'une compromission pour assurer sa propre reconnaissance publique. Sa stratégie de traitement de masse sous l'autorité quasi absolue du médecin chef propose de subdiviser ces grands établissements en plus petites structures par catégorisation des malades. L'impératif de catégorisation est une stratégie efficace pour éliminer les petits établissements qui ne peuvent pas subdiviser leur petit nombre de patients – encore une stratégie qui garde toute son actualité. D'abord défenseur de la proximité avec les aliénés, Esquirol devient celui qui met en place le grand asile qui soigne à distance par les rouages de l'institution. Il promeut également l'union de l'administratif (directeur) et du médecin-chef qui seul garde l'autorité, afin que le pouvoir ne soit pas partagé : « *dans une maison d'aliénés, il doit y avoir un chef et rien qu'un chef*²²⁸ ».

Esquirol est aussi un artisan très important de la fameuse loi de 1838, votée par 216 voix contre 6²²⁹ et qui ne sera revue qu'en 1990, sur les établissements publics et privés pour

²²⁵ Esquirol cité in Gauchet M. Swain G., op. cité p. 451

²²⁶ Gauchet M. Swain G., op. cité p. 426

²²⁷ Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 608

²²⁸ Esquirol cité in Gauchet M. Swain G., op. cité p. 282

²²⁹ Bleanodonu G. Gaufrey G. *Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris)* Annales. Économie, Sociétés, Civilisation. 30^{ème} année, N, 1, 1975. pp 96

les aliénés et la protection des malades et de leurs biens. Elle donne un droit à l'assistance et aux soins aux aliénés, mais sera aussi comprise comme la loi qui protège la société de ses fous quand bien même elle veut allier humanisme et ordre social. Elle règle également l'aspect financier qui suscite de longs débats avant qu'elle ne soit votée. « *Les dépenses d'entretien, de séjour et de traitement sont à la charge des personnes placées ou, à défaut, de ceux auxquels il peut être demandé des aliments ou, à défaut [...] à charge du département auquel l'aliéné appartient*²³⁰. » La loi régleme également les responsabilités, le directeur doit s'adjoindre un médecin à moins qu'il ne le soit lui-même : « *à côté du directeur se trouve le médecin-chef, lui aussi nommé par le ministre*²³¹ ». Cette loi contraint chaque département à disposer d'un asile. L'autorité publique a charge de surveillance sur la gestion des établissements ainsi que le contrôle des admissions et du maintien des aliénés dans ces asiles. Deux modes d'entrée sont possibles : le placement volontaire et le placement demandé par la famille, le tuteur ou le préfet en cas de danger. Cette loi élaborée sur une conception de la folie et de sa curation du début du XIX^e verra, dans certains départements, une application tardive et des constructions anachroniques alors que les conceptions et pratiques auront évolué, ce qui ne sera pas sans poser problème. Il faut relever qu'en 1874, moins de la moitié des départements (40 sur 98) sont dotés d'un asile.

La volonté de trouver la cause des pathologies mentales pousse les investigations et hypothèses du côté organique. Les organicistes travaillent à inscrire l'aliénisme dans le champ de la médecine en proposant l'hypothèse des lésions physiques, de la dégénérescence et de l'hérédité comme origine de la maladie. La psychiatrie reste une médecine de second rang en France, puisque les chaires de psychiatrie sont occupées par des neurologues, et pour longtemps puisque « l'autonomie » ne viendra qu'en 1968. D'autre pays, comme la Suisse, ont d'emblée créé des chaires de psychiatrie au XIX^e siècle, par exemple en 1889 à la faculté de médecine de Lausanne.

Cette période de l'histoire de la psychiatrie constitue ce que J. Hochmann appelle l'ère positive. Elle a comme principale et déplorable conséquence de faire passer l'asile d'un lieu d'accueil à un lieu carcéral : près des organes mais loin des hommes et de leur âme. C'est l'abandon du traitement moral et surtout l'abandon des patients à leur triste

²³⁰ Postel J. Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994, p. 184

²³¹ Quétel Cl. op. cité p. 292

sort²³². Il semble que les approches relationnelles ont toujours œuvré à l'amélioration des traitements et des conditions des malades hospitalisés en psychiatrie. Pour l'heure, un certain pessimisme thérapeutique règne. Paradoxalement – ou pas – c'est au moment où le traitement moral est abandonné, ou sur son abandon, que naît la psychanalyse.

La relation avec les aliénés trouve une autre modalité après le traitement moral : la suggestion. Mais cette école n'impacte que faiblement les institutions psychiatriques parce que ses préceptes furent surtout utilisés dans la pratique libérale plutôt que dans les asiles. Elle reste cependant importante dans le rôle qu'elle joue dans l'évolution des relations thérapeutiques jusqu'à la découverte de la psychanalyse. La genèse, ou tout au moins le tournant décisif de la suggestion remonte aux travaux de F. A. Mesmer²³³ (1734-1815), à sa théorie du magnétisme animal et à son fameux baquet. Même s'il participe au mouvement de la psychiatrie dynamique comme un précurseur, C. Quétel nous rappelle que « *Mesmer lui-même définissait le magnétisme comme un fluide, il s'agit là d'un traitement physique*²³⁴ ». Puységur peut être considéré comme son successeur avec ce qu'il nomme « le somnambulisme naturel » que plus tard Braid appellera l'hypnose. L'école de Nancy se consacre à cette approche. Le père spirituel de cette école est A. Liébeault, médecin de campagne chez qui H. Bernheim, alors professeur à Nancy, se forme à la pratique de l'hypnose, consacrant ainsi la réputation de celui-là, mise à mal par sa pratique si peu académique. En 1889, Freud, comme beaucoup d'autres, rend visite à Liébeault et Bernheim et est impressionné par leur pratique. En Suisse, Dubois, exerçant à Berne, s'y rend également et s'en inspire à tel point que Bernheim lui reproche d'avoir « annexé sa théorie », A. Forel, professeur de psychiatrie à Zurich, utilise aussi cette technique d'hypnose, mais il l'applique aux infirmiers consentant pour améliorer leur sommeil pendant leur garde dans le service des malades agités. « *On assure que cette méthode obtint un plein succès*²³⁵. » C'est donc plutôt du côté inverse, c'est-à-dire du côté somatique plutôt que psychique qu'un impact, malheureusement fort négatif, se fait sentir dans les établissements psychiatriques de l'époque.

²³² Hochmann J. op. cité, p. 3-4

²³³ Ellenberger H. *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Fayard, Paris, 1994, p. 87

²³⁴ Quétel C. in Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, p. 614

²³⁵ Ellenberger Hop. cité p. 122

L'école de Nancy se trouve en rivalité avec celle de la Salpêtrière sous l'égide de J. M. Charcot (1825-1893), célèbre père de la neurologie moderne. Il est, comme depuis le début de la psychiatrie, question d'intégrer le trouble psychique dans la médecine. Sa tentative d'inscrire l'hystérie dans le champ de la neurologie est un échec, bien qu'il inaugure la première chaire de clinique des pathologies nerveuses²³⁶. Malgré la rivalité des écoles et l'opposition entre sa théorie neurologie et l'hypnose, Charcot introduit cette pratique dans son service à partir de 1878. Le maître est éternisé dans le fameux tableau de Brouillet, *Une leçon à la Salpêtrière*. Quant à P. Janet, philosophe et psychologue intéressé par l'hypnose, il innove en ouvrant une voie intermédiaire en tentant « *d'unir la médecine mentale et la psychologie*²³⁷ ». Si nous pouvons voir dans ce positionnement un retour des traitements psychologiques, notons surtout que Janet n'est guère suivi et n'a que peu d'influence.

Nous pourrions passer en revue l'évolution des concepts et des traitements psychiatriques, mais leurs incidences sur les établissements psychiatriques ne sont pas majeures pour notre sujet jusqu'aux changements intervenus dans l'organisation des soins psychiatriques amorcés pendant la seconde guerre mondiale en France. Jusque-là, les nouveautés – plus que les progrès ? – dans le champ des traitements ne remettent pas en question l'institution psychiatrique en soi ou dans son modèle. Les évolutions se trouvent dans les nosographies et dans la permanente intention d'inscrire la psychiatrie dans la médecine, et ne font guère la fierté actuelle de cette branche médicale : les deux seuls prix Nobel pour la psychiatrie, avec l'inoculation du paludisme (malariathérapie) du Dr Wagner von Jauregg (Autriche) en 1927 et la psychochirurgie du Dr Egas Moniz (Portugal) en 1935.

Un constat majeur vient perturber le dispositif asilaire : l'asile ne guérit pas. Entre 1856 et 1860, par exemple, seul 8,24 % internés sont « guéris », ce qui n'encourage pas les familles à envoyer leur proche à l'asile²³⁸ – une répugnance que le tableau suivant illustre fort bien.

Tableau 2 : Comparatifs des aliénés internés ou traités à domicile

Année	Aliénés internés	Aliénés à domicile
-------	------------------	--------------------

²³⁶ Quétel Cl. op. cité p. 406

²³⁷ Quétel Cl. op. cité p. 411

²³⁸ Quétel Cl. op. cité p. 437

1851	20 537	24 433
1856	26 286	34 004
1861	31 054	53 160

Les critiques de l'asile et du traitement moral se renforcent vers 1860 sans qu'elles n'aboutissent à une réforme. En 1869, une commission est chargée d'investiguer les réformes à opérer dans les asiles. En 1870, une première proposition de révision de la loi est déposée, mais elle n'aboutit pas du fait des circonstances liées à la chute de l'Empire²³⁹. Pourtant le nombre de patients internés ne cesse d'augmenter, les capacités des établissements psychiatriques sont chroniquement débordées. Il faut agrandir ou construire jusqu'à très récemment comme en atteste l'évolution du nombre d'internés (cf. Tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3 : Evolution du nombre d'internés

Année	Nombre d'internés	Source
1835	11 534	Quetel ²⁴⁰ (p.614)
1851	21 353	Quetel (p.614)
1874	41 659	Ellenberger ²⁴¹ (p.122)
1883	50 418	Quetel (p.614)
1886	61 173	Quetel (p.324)
1914	100 000	Swain ²⁴² (p.126)
1916	70 500	Quetel (p.406)
1931	88 000	Quetel (p.614)
1940	106 327	Quetel (p.614)
1944	59 503	Quetel (p.540)
1946	65 623	Quetel (p.614)
1950	85 659	Quetel (p.614)
1954	98 000	Quetel (p.406)
1962	112 000	Quetel (p.540)
1968	119 500	Quetel (p.614)
1976	101 440	Quetel (p.614)

²³⁹ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 267-8

²⁴⁰ Quetel C. in Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979.

²⁴¹ Ellenberger Hop. cité p. 122

²⁴² Swain G. *Dialogue avec l'insensé*, Gallimard, Paris 1994, p. 126

Deux nouveautés sont à retenir : les traitements ambulatoires et la remise en question des modalités de mise en œuvre du dispositif hospitalier, pour les soins aux malades psychiques. Pendant la seconde guerre mondiale, un mouvement de désinstitutionnalisation se prépare qui aboutira plus tard, dans les années 1960, à la naissance du secteur psychiatrique²⁴³. Mais c'est pendant cette guerre que s'opèrent quelques expériences cliniques qui marquent l'évolution de l'institution psychiatrique : la psychothérapie institutionnelle en France et le mouvement des communautés thérapeutiques dans le monde anglo-saxon.

2.1.2. Autorité, pouvoir, ordre et gestion : lien avec l'environnement et les autorités

Les liens entre psychiatrie naissante, politique et pouvoir sont nombreux et donnent sens à nombre de réalisations, positionnements, rivalités ou autres alliances d'acteurs. Pinel n'est arrivé à Bicêtre en 1793 ni par hasard, ni par seule motivation personnelle, le contexte politique du moment jouant un rôle fondamental. Pinel est avant tout un généraliste, un « médecin encyclopédique » qui occupera la chaire de professeur adjoint de physique médicale et d'hygiène puis de pathologie interne jusqu'en 1822, alors qu'il exerce comme aliéniste depuis près de 30 ans.

Pinel est acquis aux idées révolutionnaires tout comme ses amis et autres relations. Il fréquente le salon de Mme Helvetius et sa « société d'Auteuil » où il rencontre notamment Condorcet, Franklin ainsi que d'autres personnalités influentes. Il appartient à la même loge maçonnique que Cabanis et Thouret. Ce dernier est un homme politique, mais aussi le régent de l'ancienne faculté de médecine et le premier directeur de la nouvelle école de médecine de la République. C'est lui qui demandera à Pinel d'occuper la chaire de physique et d'hygiène puis de pathologie médicale. P. J. G. Cabanis est médecin et philosophe, professeur de médecine et homme politique, il est également député et sénateur. « *La politique qu'il préconise a besoin d'opérateurs pratiques. On demande des managers efficaces et humains.*²⁴⁴ » C'est dans ce contexte que Cabanis et ses alliés trouvent avec Pinel l'homme de la situation, ce manager potentiel, capable d'occuper une position d'autorité, pour diriger Bicêtre. C'est sur la recommandation de Cabanis et

²⁴³ von Bueltzingsloewen I. *Les origines de la politique de désinstitutionnalisation psychiatrique « à la française » (1945-1960)* Conférence au Musée de la Main, Fondation Claude Verdan, Lausanne, 22 mars 2011

²⁴⁴ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 84-5

Thouret qu'il y est nommé en 1793. Pinel restera proche du pouvoir, il sera nommé consultant de l'Empereur en 1803, recevra la Légion d'honneur en 1804 et la Croix de Saint Michel en 1818.

Au-delà de l'instauration du traitement moral, le génie de Pinel a été d'allier position politique et clinique dans ce contexte révolutionnaire. Ce positionnement politico-médical est « officialisé » en 1829 dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* : « la médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale [...] ainsi appliquée aux besoins de la société, cete (sic) partie de nos connaissances constitue l'hygiène publique et la médecine légale.²⁴⁵ » Le postulat de Pinel de la curabilité de la folie rejoint le positionnement révolutionnaire et donne un statut « médical » aux aliénés dans un espace dédié : l'asile. « L'acte fondateur de Pinel n'est pas l'abolition des chaînes mais l'agencement de l'espace hospitalier.²⁴⁶ »

Ce nouveau statut médical de l'aliéné « hospitalisé » permet de renoncer aux enfermements administratifs contestés des fameuses lettres de cachet. En donnant ce nouveau statut aux fous, l'aliéniste devient un « *expert providentiel* » pour les politiques : la proposition médicale apporte une solution là où toute autre forme d'enfermement des aliénés menait à une impasse, elle réussit à « saisir » le fou, qui ne respecte pas le contrat social, sans abus. « La véritable spécificité du fou est de résister à ce rabattement [le contrat social] à tel point que, pour l'inscrire dans ce nouvel ordre social, il va falloir lui imposer un statut différent et complémentaire du statut contractuel qui régit l'ensemble des citoyens.²⁴⁷ » Ainsi, isoler le fou dans un asile devient un acte thérapeutique, scientifique et non plus une mesure administrative ou judiciaire. Comme relevé plus haut, l'action fondamentale de Pinel n'est pas d'avoir ôté les chaînes aux aliénés – si tant est que cette action est de son fait – mais d'avoir créé cet espace hospitalier. « La psychiatrie est bien une science politique, car elle a répondu à un problème de gouvernement... par la médecine, la folie est devenue administrable.²⁴⁸ »

Cet isolement est la première mesure thérapeutique du traitement moral, c'est son originalité : on quitte la mesure de police au profit d'une intervention médicale que la loi

²⁴⁵ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 142

²⁴⁶ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 89

²⁴⁷ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 39

²⁴⁸ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 20

va consacrer. « *Cette législation doit veiller à ce que les maux d'un homme souffrant et malheureux soient adoucis, et sa guérison obtenue si possible, et en même temps prendre des mesures qui ôtent à un être dangereux pour les autres ou pour lui-même les moyens de faire le mal. Pour atteindre ce double but, elle doit prescrire l'isolement des aliénés, car cet isolement, en même temps qu'il garantit le public de leurs écarts et de leurs excès, présente aux yeux de la science le moyen le plus puissant de guérison. Heureuse coïncidence qui, dans l'application de mesures rigoureuses, fait concourir l'avantage du malade avec le bien général.*²⁴⁹ » Le pouvoir politique résout ainsi un problème mais crédite en même temps un nouvel acteur qui saura user de son expertise et donc de son pouvoir dans les affaires politiques, judiciaires et sanitaires. La loi de 1838 consacre le rôle du médecin en éliminant la justice de tout rôle direct dans l'admission des aliénés à l'asile.

Pour mettre en œuvre cette mesure, il faut avoir de l'autorité au-delà des murs de l'asile. Le fou dérange par l'inscription sociale de sa folie. Il ne respecte pas le contrat social, ses règles, par son déraisonnement et son comportement inapproprié. Il n'est pas seulement dangereux par moments mais surtout irrespectueux de l'ordre social. Les abus d'internement concernant ceux qui incarnaient « l'opposition » sont une illustration du processus : ceux qui gênent l'ordre public ou politique peuvent être considérés comme « fous » et peuvent être internés à l'exemple de Sandron, interné alors qu'il affirmait posséder des lettres compromettantes pour certains dignitaires de l'Empire.

Et à l'inverse, l'internement a servi aussi à protéger certains opposants qui, passés pour fous, ne passaient pas par la guillotine. Ainsi la première médecine mentale est une médecine sociale très en lien avec le politique. « *Il s'agit en fait d'une médecine sociale dont la médecine mentale élabore la première figure [...] La réussite historique de l'aliénisme tient à ce qu'il a su joindre [...] une trame médicale, garantie de respectabilité scientifique, et une trame sociale, celle des philanthropes et des réformateurs de la période révolutionnaire à la recherche de nouvelles techniques assistancielles*²⁵⁰. » Les liens avec les politiques sont étroits et la dimension sociale de la psychiatrie naissante acquiert une assise reconnue. « *Sans aucun doute, la question des aliénés est une des branches les plus considérables de*

²⁴⁹ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 203

²⁵⁰ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 104

*cette médecine politique et sociale dont l'action paraît devoir prendre une place de plus en plus large dans l'existence des sociétés modernes.*²⁵¹ »

Dans l'asile, l'autorité joue un rôle central dans la naissance de la psychiatrie, le traitement des aliénés et l'organisation institutionnelle. C'est un peu comme si l'amélioration du sort des aliénés se payait d'une absolue autorité médicale. Elle revêt un caractère particulier dans le traitement moral, et donc dans les asiles créés au début du XIX^e siècle, fondés sur cette approche thérapeutique. Un des principes cliniques est d'avoir autorité sur le caractère apparemment désorganisé de la folie pour « remettre de l'ordre » dans les idées des aliénés et probablement pour ne pas être contaminé par cette désorganisation. À ce dernier égard, on relèvera que Pinel, lors de son arrivée à la Salpêtrière, ne parvenait pas à instaurer cet ordre nécessaire. C'est pourquoi il a négocié âprement le « transfert » de J. B. Pussin, comme « chef de la police intérieure » (infirmier-chef général), pour établir cet ordre à la manière dont il l'avait fait avec succès à Bicêtre. Par ailleurs, nous savons que Pinel s'est beaucoup inspiré de la pratique de Pussin pour élaborer « son » traitement moral. Cette part d'ordre se définira au XX^e siècle, d'un point de vue psychanalytique, comme une fonction thérapeutique de structuration²⁵², utile notamment à toute forme de désorganisation psychique.

Ainsi l'ordre clinique souhaité s'opère par une double autorité sur le monde interne de l'individu et sur son comportement social. Cette double autorité sur le malade, par homologie, va s'étendre à l'organisation globale de l'asile : le médecin, qui a autorité sur les aliénés, l'a aussi sur l'ensemble de l'asile et sur son organisation. « *Le médecin est la loi vivante de l'asile et l'asile est le monde construit à l'image de la rationalité qu'il incarne. L'espace hospitalier démultiplie ses pouvoirs et, inversement, l'ordre inscrit dans les choses prend vie comme un ordre moral d'être supporté par la volonté du médecin. Le traitement moral est cette stratégie par laquelle le pouvoir médical s'appuie sur tous les apports institutionnels qui eux-mêmes ont été agencés pour lui servir de relais... Le rapport qui s'y joue entre le malade et le médecin, et qui représente le premier paradigme du rapport*

²⁵¹ Foville A. *Des aliénés* 1863. P- 79 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 145

²⁵² Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335.

*thérapeutique en médecine mentale, est une relation de souveraineté.*²⁵³ » Curieuse relation dans le contexte révolutionnaire du moment...

Cette autorité va progressivement se transformer en un pouvoir quasi absolu du médecin aliéniste. « *Girard faisait l'éloge de l'ordonnance de 1839 qui avait permis la réunion des fonctions de médecin-chef et de directeur : "Je crois nécessaire d'élever au centre des bâtiments pour les services généraux, et de les réunir au logement du médecin directeur, comme pour exprimer la fusion de la médecine et de l'administration qui se prêtent un secours mutuel, l'administration dans un hospice d'aliénés n'étant que l'application d'une hygiène bien entendue".*²⁵⁴ » R. Castel a su tirer des écrits des aliénistes de l'époque leur positionnement quasi dictatorial. « *Une maison d'aliénés est un petit État en tutelle ayant son monde, ses lois, ses habitudes, ses mœurs, son langage. Essentiellement monarchique, le gouvernement n'y admet point le partage des pouvoirs qui ouvrirait une source de conflits préjudiciables.*²⁵⁵ » Et de citer Esquirol : le médecin « *doit être en quelque sorte le principe de vie d'un hôpital d'aliénés. C'est par lui que tout doit être mis en mouvement. Il dirige toutes les actions, appelé qu'il est à être le régulateur de toutes les pensées. C'est à lui, comme au centre d'action, que doit se rendre tout ce qui intéresse les habitants de l'établissement, non seulement ce qui a trait aux médicaments, mais encore tout ce qui est relatif à l'hygiène. L'action de l'administration qui gouverne le matériel de l'établissement, la surveillance que doit exercer cette même administration sur tous les employés, doit être cachée ; jamais le directeur n'en appellera d'une décision portée par le médecin, jamais il ne s'interposera entre lui et les aliénés ou les serviteurs. Le médecin doit être investi d'une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire*²⁵⁶ » Cette citation de 1848 est suffisamment claire pour se passer de commentaire et Esquirol montre la voie d'un positionnement médical de l'aliéniste qui sera suivi avec beaucoup « d'enthousiasme ».

Scipion, le fils de P. Pinel, abonde dans le même sens : « *on ne peut trop inculquer aux aliénés la forte persuasion de la puissance d'un seul qui tient leur sort entre leurs mains, qui*

²⁵³ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 95

²⁵⁴ Bleanodonu G. Gaufrey G. *Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris)* Annales. Économie, Sociétés, Civilisation. 30^{ème} année, N, 1, 1975. pp 101-102

²⁵⁵ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 255

²⁵⁶ Esquirol J. E. D. *Des maisons d'aliénés*, in *Des maladies mentales*, 1838 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 160

*punit, qui pardonne et qui délivre [...] tel doit être le pouvoir illimité du médecin en chef*²⁵⁷ ». J. P. Falret en 1864 est clair : « *J'ai beau chercher la part du directeur, je n'y rencontre que celle du médecin.* »²⁵⁸ A. Linas l'est encore plus : « *Il est clair que le médecin est le maître absolu et que le directeur n'est qu'un ministre de ses volontés, qu'un agent de ses ordres.* »²⁵⁹ Il y a des résistances à cette « exorbitante prétention » mais, malgré tout, elle est globalement entérinée. Une infirmière de l'asile de Châlons-sur-Marne tente par pétition de dénoncer « *l'omnipotence médicale exercée sans contrôle sérieux* », mais n'aboutit à rien : « *l'infirmière aurait été inspirée par l'aumônier de l'hôpital. "Obscurantisme religieux" contre "lumière de la science"...* »²⁶⁰ D'autres voix s'élèvent contre cette autorité absolue mais n'auront pas beaucoup d'écho. G. Ferrus interroge ce positionnement. « *Cette autorité exclusive du médecin m'a toujours paru exorbitante... il me semble prudent de ne pas confier la solution [des difficultés] au jugement d'un seul homme quelques garanties que ses lumières puissent offrir [...] il peut donner trop facilement accès à l'arbitraire, ou seulement à l'erreur ou à l'incurie* »²⁶¹ ». Il est intéressant de relever que cette opposition entre médecin et directeur ne sera réglée en France qu'en 1968 par la suppression de la fonction combinée de médecin-directeur. En 1863, seuls 13 des 45 asiles ne sont pas dirigés par un médecin.

Cependant, la fusion des rôles de médecin et de directeur se consolide sur un argument clinique. E. Renaudin conçoit en 1863 le rôle de direction d'asile comme relevant des sciences médicales. « *La direction d'un asile d'aliénés est devenue une science médicale intéressante à plus d'un titre. En devenant administrateurs, nous sommes, si je puis m'exprimer ainsi, devenus plus médecins.* »²⁶² Un siècle plus tard, en 1951, les « *Fundamental Principles* » de la Société américaine de psychiatrie reprennent le même prérequis : « *Le directeur doit être un psychiatre qualifié ayant des capacités*

²⁵⁷ Pinel Scipion, *Traité complet du régime des aliénés*, Paris 1836 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 161

²⁵⁸ Falret J. P. In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 161

²⁵⁹ Linas A. *Le passé, le présent et l'avenir de la médecine mentale en France*, Paris 1863, p. 27 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 164

²⁶⁰ Pinel C. « *Quelques mots sur les asiles d'aliénés et la loi de 1838 à propos d'une pétition au sénat* » *Journal de médecine mentale*, IV, 1864, Cité in Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 268

²⁶¹ Ferrus G. *Des aliénés*, 1843 In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 173

²⁶² Renaudin E In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 162

*administratives. Il dirigera le service médical et administratif détaché de toute influence politique et sera seul responsable vis-à-vis des autorités supérieures.*²⁶³ » Cette idée garde tout son caractère d'actualité. Les tensions entre cliniciens et gestionnaires en psychiatrie sont anciennes et semblent nées avec la création des premiers établissements. Et n'en voyons-nous pas quotidiennement des exemples lorsque sont appliqués des solutions soignantes aux problèmes d'organisation et de gestion dans nos institutions ?

Cette position de pouvoir absolu aveuglera les médecins, les empêchera de progresser et les privera des compétences des autres intervenants. « *C'est du même coup les problèmes de l'autorité et de la hiérarchie qui se trouvent résolus dans le principe [pouvoir absolu] et pour longtemps par l'annulation de toutes compétences de "collaborateurs"*²⁶⁴. » Faut-il rappeler combien Pinel s'est inspiré de l'approche de J. B. Pussin tant pour sa pratique que pour « ses » conceptions du soin psychique ? Il semble assez certain que c'est la conjonction de cette double compétence soignante et médicale qui a porté ses fruits. À la Salpêtrière, Pinel ne peut pas mettre en place son projet clinique (traitement moral) sans la collaboration de cet « infirmier spécialisé » avant l'heure, parce que ce dernier sait établir des relations professionnelles avec les patients et faire régner un ordre nécessaire au fonctionnement de l'asile par son propre savoir et ses compétences professionnelles. Cet appauvrissement aura un fort impact délétère sur les établissements psychiatriques pour longtemps et laissera les patients dans des conditions de vie et de traitements déplorable.

2.1.3. Pas d'alternative au piège de l'asile

La position hégémonique des premiers aliénistes les « enferme » pour longtemps dans l'asile – drôle de retournement d'un statut imposé aux aliénés – et les prive d'une action hors les murs si ce n'est pour des questions judiciaires d'expertise. Ainsi la législation de 1838 consacre ce modèle du tout ou rien : « *intervenir, c'est interner. La législation institue la loi du tout ou rien*²⁶⁵ ». Les alternatives n'ont pas voix au chapitre et, malgré leur existence, leur intérêt et leur performance, ont la route barrée par les aliénistes et « leur » loi.

²⁶³ Müller C. *Les institutions psychiatriques*, Springer-Verlag, Berlin, 1981, p. 78

²⁶⁴ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 162

²⁶⁵ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 253

L'expérience des colonies agricoles en est un bon exemple et particulièrement celle de Gheel en Belgique qui suscite un débat à la Société médico-psychologique en 1860. Cette société regroupe les principaux aliénistes qui débattent de sujets d'actualité. Les comptes rendus sont publiés dans les *Annales médico-psychologiques*. Manifestement, la colonie agricole de Gheel propose une véritable alternative à l'asile pour les aliénés « chroniques », alternative fonctionnant exactement à l'inverse de celle des asiles. Les aliénés bénéficient de larges libertés, sont en contact avec la population et non pas isolés, et sont considérés comme partenaires pour les tâches agricoles.

Ces colonies s'organisent forcément sur un mode totalement différent pour ne pas dire opposé à celui des asiles et de leur organisation « totale » au sens d'E. Goffman²⁶⁶. Ce positionnement s'apparente aux futures communautés thérapeutiques postérieures à la seconde guerre mondiale qui s'organiseront sur les fonctions thérapeutiques d'implication²⁶⁷. Mais ce mode de faire va à l'encontre de la pensée de la majorité des aliénistes qui défendent un mode de faire lié à l'espace d'exercice de leur pouvoir : l'asile. Cette remise en question est donc balayée : « *on est vraiment stupéfait et effrayé quand on voit les paysans laisser circuler librement les aliénés au milieu de leur famille, de leurs filles, et de leurs enfants, leur confier des armes et des outils [...] Le sentiment qui domine à Gheel [...] c'est la confiance vraiment exagérée dans les aliénés et dans leur caractère inoffensif [...] l'absence totale de l'ordre, de la règle et de la discipline, auxquels tous les médecins aliénistes ont attaché une véritable importance, doit être considérée comme une lacune très regrettable de l'organisation de Gheel.* »²⁶⁸

Malgré tout, il y a très peu d'accidents, ce qui gêne la communauté des aliénistes aveuglés par ses certitudes sur le traitement de la folie et probablement sa soif de pouvoir. Ainsi, ils préconisent un rapprochement de ces colonies des asiles, autrement dit de leur manière de faire et de diriger. Encore dans les *Annales médico-psychologiques* : « *Gheel n'a pu et ne pourra se perfectionner qu'en se rapprochant des asiles fermés. Ceux-ci, à leur tour, ne pourront s'améliorer qu'en marchant avec une prudente lenteur dans la voie de la liberté [...] Gheel a plus à gagner en se rapprochant des asiles que ceux-ci en se rapprochant de*

²⁶⁶ Goffman E. *Asiles études sur la condition sociale des malades mentaux*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1979

²⁶⁷ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335.

²⁶⁸ *Annales médico-psychologiques*, 1862, p. 15, cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 271

Gheel. » La « prudente lenteur » sera suivie par les aliénistes : il faudra attendre presque un siècle pour voir de réelles réalisations alternatives à l'asile.

En Suisse, dans le canton de Vaud, l'alternative « colonie agricole » voit également le jour au milieu du XIX^e siècle. Celle de Serix à Oron est créée en 1862 pour les mineurs ayant commis des délits avec ou sans discernement, dans une optique philanthropique portée par les cantons romands de Vaud, Genève, Fribourg et Neuchâtel. Elle est officiellement inaugurée le 15 juillet 1864 et « répond aux exigences du Code pénal de 1810 ²⁶⁹ ». Détail intéressant, elle est financée dans un partenariat mixte public-privé.

Malgré toutes les résistances, « le ver est dans le fruit ». Une minorité remet en question l'asile et ses pratiques. Moreau de la Tour est partisan d'assouplir l'application de l'isolement et perçoit positivement la colonie de Gheel, contrairement à ses confrères. Il y voit plutôt l'opportunité de perfectionner l'asile par un système annexe de colonie agricole : « Faut-il donc absolument enfermer les malades pour les isoler [de leur milieu naturel] ? ²⁷⁰ » A. Linas partage cet avis : « A tant d'égards [discipline, surveillance, isolement] il [l'asile] convient particulièrement à la folie récente, aiguë ou paroxystique. Hors de là, il est d'une insuffisance et d'une imperfection notoire. ²⁷¹ » Un médecin étranger, Mundy, propose des placements familiaux en remplacement des asiles : « la vie de famille surveillée par un médecin, la liberté réglée et le travail facultatif au grand air, voilà les points cardinaux du nouveau système. ²⁷² » Il prêche dans le désert ! En 1864, un médecin non-psychiatre va soutenir une pétition devant le sénat contre la loi de 1838 : « l'asile chronicise et tue. ²⁷³ » Ces critiques resteront marginales et sans effet malgré la prise de conscience des limites de l'asile qui se construit progressivement.

Pour l'heure, la position générale peut être résumée dans celle de Jules Falret : « Une réforme radicale serait un pas en arrière, non pas en avant. Après bien des attaques parties

²⁶⁹ Ruchat M. *L'éducation à Serix, une histoire en mouvement*, Le Messager, 17 février 2012, p. 1

²⁷⁰ Moreau de la Tour J. *Lettres médicales sur la colonie agricole d'aliénés de Gheel*, Annales médico-psychologiques 1865, VI, p. 265 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 274

²⁷¹ Linas A. *Le passé le présent et l'avenir de la médecine mentale en France*, Paris 1863, p. 44 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 274

²⁷² Annales médico-psychologiques, 1864, p. 291, cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 272

²⁷³ Turck L. *L'école aliéniste française, l'isolement des fous dans les asiles, l'influence détestable de ceux-ci*, Paris 1864, cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 273

de tous les côtés, les asiles resteront debout parce qu'ils répondent à des nécessités sociales et médicales [...] Les autres modes d'assistance [...] ne seront jamais que des modes accessoires et complémentaires, groupés autour du système principal représenté par les asiles fermés. ²⁷⁴ » Les colonies agricoles, tout comme les placements familiaux, auraient pu être une rupture pour le soin de la folie, mais elle ne s'opère pas, ou seulement à la marge, malgré les limites thérapeutiques de l'asile qui commencent à être évidentes dès le milieu du XIX^e siècle. Les colonies agricoles familiales seront activées à la fin du XIX^e pour désengorger les asiles parisiens des malades chroniques en complément aux déplacements dans les « asiles dépotoirs de province ».

Parallèlement à ces expériences de colonies agricoles ou familiales, les institutions psychiatriques privées ne font pas beaucoup de bruit pourtant elles existent et soignent principalement la classe aisée. Elles sont nombreuses et de petite taille. À Paris, il en existe deux cents, mais elles ont une existence, ou plutôt une pratique psychiatrique quelque peu cachée puisque la loi de 1838 réserve aux seuls asiles le droit de traiter des aliénés. Ce sont en priorité les familles aisées qui ont recours à de tels établissements. Les aliénistes jouent alors un rôle de consultants et se constituent ainsi une clientèle privée. Il semble difficile de se faire une idée précise de leur fonctionnement faute de documents. Pour R. Castel²⁷⁵, certains de ces établissements privés ont joué un rôle de modèle, comme par exemple la maison d'Esquirol avant qu'il ne remplace Pussin à la Salpêtrière et dont Pinel fait l'éloge. « *La psychiatrie affectionne les "expériences pilotes" qui servent souvent de couverture à une situation générale beaucoup moins brillante.* ²⁷⁶ » Ce secteur privé aurait joué un rôle plus important qu'il n'y paraît du point de vue thérapeutique mais aussi organisationnel. Il a notamment « *fourni des "modèles" d'organisation et des schémas de traitement qui ont aidé à recouvrir d'un voile pudique la grande misère des asiles publics.* ²⁷⁷ »

La « maison de santé » du Dr Esprit Blanche²⁷⁸, la « Folie Sandrin », en est un illustre exemple. Sa célébrité vient des artistes qui la fréquentent et qui la feront connaître dans toute l'Europe. Gérard de Nerval, Guy de Maupassant, Charles Gounod, Théo Van Gogh et

²⁷⁴ Annales médico-psychologiques, 1865, p. 249 cité In Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 273

²⁷⁵ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 261

²⁷⁶ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 262

²⁷⁷ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les édition de minuit, Paris 1976, p. 263

²⁷⁸ Murat Laure *La maison du Dr Blanche*, Ed. J. C. Lattès, Paris, 2001

bien d'autres y séjournent. Le Dr E. Blanche, comme son fils Emile, est opposé aux méthodes « brutales » telles que les douches froides ou autres châtiments corporels. « *Esprit Blanche est le premier à s'élever contre ces pratiques considérées par beaucoup comme inadmissibles*²⁷⁹ ». Sa méthode est plus psychologique, relationnelle dirait-on actuellement, dans une atmosphère quasi familiale : « *les malades loin d'être livrés à eux-mêmes [...] y mènent une vie de famille au milieu de laquelle les convalescents [sic] puisent la résignation nécessaire pour supporter l'éloignement de leurs proches et de leurs amis.*²⁸⁰ »

2.2. La psychiatrie exfiltrée : le dedans dehors, ou le développement des traitements ambulatoires

« C'est vrai que les psychiatres n'ont pas tout de suite développé une pratique de secteur : ils avaient d'une part leurs activités de dispensaire et d'autre part leurs activités d'hôpital. Au colloque de Sèvres, je me souviens d'une grande discussion à propos de la bipolarité, chacun disant : qu'est-ce qui est le plus important. Est-ce l'hôpital ou le dispensaire ? »

Dr Mignot²⁸¹

« La crainte permanente de Philippe Paumelle de reproduire l'asile l'a amené à provoquer des ruptures avec la psychiatrie traditionnelle en offrant aux patients des alternatives à l'hospitalisation, seul mode de soins à l'époque. »

F. Mousson²⁸²

« L'asile » change d'appellation et devint « hôpital psychiatrique » en 1937²⁸³. Ce changement d'appellation ne modifie pas la place de l'institution psychiatrique qui reste depuis sa naissance l'espace dédié au traitement de la folie. Les évolutions des techniques ou approches thérapeutiques ne changent pas essentiellement ces établissements et leur organisation. Les traitements ambulatoires sont depuis longtemps l'apanage des pratiques libérales non-institutionnelles – y compris d'ailleurs de la part des patrons d'asiles qui recevaient des patients en consultations privées – et ont vu le jour, comme souvent, à la marge. L'institutionnalisation des traitements ambulatoires du patient s'est

²⁷⁹ Ibid. p. 55

²⁸⁰ Sachaile C. *Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres, ou statistique scientifique et morale des médecins de Paris*, Rue St Thomas du Louvre, 1845, cité par Murat Laure *La maison du Dr Blanche*, Ed. J. C. Lattès, Paris, 2001, p. 83

²⁸¹ Mignot In *Recherches, Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 240

²⁸² Mousson F. In *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, Eres, Toulouse 2010, p. 47

²⁸³ Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 320

vite trouvée en rivalité avec les traitements asilaires, vieux conflits qui ont polarisé les partisans de l'ambulatoire contre ceux de l'hospitalier ou les praticiens hospitaliers contre les ambulatoires. Cette étape peut être considérée comme une rupture dans le tout ou rien des traitements à l'asile et un des éléments qui a contribué à construire la politique de secteur.

La naissance et l'évolution des traitements alternatifs à l'hôpital psychiatrique sont très variables d'un pays à l'autre. La première guerre mondiale constitue une première étape significative : si l'impact de la prise en charge des soldats est limité, des dispositifs ambulatoires voient le jour et les années qui suivent le conflit sont aussi marquées par le mouvement indépendant du développement de la psychanalyse (2.2.1). La seconde guerre mondiale a des conséquences plus significatives, avec le développement de la psychothérapie institutionnelle et des communautés thérapeutiques (2.2.2). D'autres évolutions marquent le développement des alternatives à l'hospitalisation classique : les Centres de traitement et de réadaptation sociale (CTRS) (2.2.3) et les hôpitaux de jour (2.2.4).

2.2.1. L'impact de la première guerre mondiale, le début de la psychanalyse et le développement des consultations

Selon Guillemain et Tison²⁸⁴, il existe un angle mort de la psychiatrie française au début du XX^e siècle, période charnière avec la première guerre mondiale qui contribue à remettre en question les fondements de la psychiatrie du XIX^e siècle. La question de l'individu et de la subjectivité dans la pathologie mentale, le traitement ambulatoire et la neuropsychiatrie d'urgence interrogent les références psychiatriques issues du siècle précédent fondées sur l'hérédité, la dégénérescence et les traitements asilaires collectifs, mais les innovations thérapeutiques et les changements paradigmatiques restent modestes.

Les psychiatres de l'époque ont de la peine à reconnaître le rôle de l'événement (traumatique) dans le déclenchement de la maladie psychique en conservant les références biologiques (à l'instar de la syphilis) et celles de la prédisposition et de l'hérédité. « *De fait, l'irruption en pleine guerre de ces aliénés sans antécédents vient*

²⁸⁴ Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013

*troubler le credo héréditariste, sans toutefois en ébranler massivement la croyance.*²⁸⁵ » Quelques voix s'élèvent contre ces affirmations et notamment E. Toulouse : « *la notion de dégénérescence est rigide et fataliste, la doctrine héréditariste réduit trop les causes sociobiologiques, le recours à l'idée de la prédisposition est abusif.* »²⁸⁶ » Dans l'examen psychiatrique des soldats, la plupart n'ont pas d'antécédents psychiatriques. Le rôle de contexte dans lequel apparaît la maladie commence à faire son chemin. « *Il faut admettre que les fatigues et les dangers d'une guerre aussi terrible et longue que celle de 1914-1918 peuvent, sans qu'aucun autre facteur étiologique intervienne, déterminer des troubles mentaux, bien que tel ne soit pas l'avis de tous les aliénistes.* »²⁸⁷ »

Cependant, les vieilles recettes ont la peau dure et malgré ces constats circonstanciels, la maladie est attribuée aux prédispositions antérieures des soldats devenus fous. Le célèbre syndrome très contextuel du « vent de boulet » est connu depuis l'époque napoléonienne, mais ce n'est pas suffisant pour questionner les certitudes psychiatriques de l'époque qui relie le traumatisme psychique à une lésion organique du « syndrome des éboulés ». On crée de nouvelles pathologies telles que la « psychose de chaleur » pour les soldats sous les tropiques, ou encore de la « soudanite », la « sénégalite », la « tonkinite », bref de la « colonite » ; le fameux « cafard colonial » s'applique au cafard des soldats de tranchées. Les spécialistes restent dans leur logique en contextualisant la maladie sans remettre en cause son étiologie.

Malgré le *credo* traditionaliste des psychiatres, de nouveaux dispositifs voient le jour avec la création dès 1914 de services ouverts pour de courtes hospitalisations et de centres psychothérapeutiques. Rappelons qu'on avait déjà « *expérimenté une politique de portes ouvertes à Ville-Evrard vers 1888* »²⁸⁸ » et que ces expériences ont fait l'objet de quelques publications dans les *Annales médico-psychologiques* de 1897 et les *Annales de d'hygiène publique et de médecine légale* en 1895. Ces avancées posent question dans l'après-guerre : faut-il les mettre au service des civils ? En Belgique des dispensaires sont

²⁸⁵ Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013, p. 92

²⁸⁶ Toulouse E, Mignard M. *La théorie confusionnelle et l'autoconduction*, In *Annales médico-psychologiques*, 1914, N° 5, p. 641-662 In Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013, p. 230

²⁸⁷ Rodiet A. Fribourg-Blanc A. *La folie et la guerre 1914-1918*, Alcan, 1930, In Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013, p. 84

²⁸⁸ Gauchet M. Swain G. *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980, p. 159

ouverts dès la fin de la première guerre mondiale. Mais en France, peu d'enseignements sont tirés de ces expériences novatrices et elles sont finalement interrompues.

Cependant, les malades mentaux et la psychiatrie commencent à captiver d'autres personnes que les professionnels du soin. On s'intéresse aux productions artistiques des internés : Prinzhorn collectionne quelque 5 000 réalisations en hôpital psychiatrique qu'il réunit dans l'ouvrage *Bildneri der Geisteskranken* (« Expressions de la folie ») paru en 1922, les surréalistes se passionnent pour les productions de l'inconscient et la psychanalyse, la phénoménologie et la sociologie s'intéressent à la psychiatrie. Les réflexions sur les pratiques psychiatriques prennent de l'ampleur avec des groupes comme celui de l'Évolution psychiatrique, créé en 1925 sous l'impulsion de René Laforgue, et celui de la société de psychanalyse de Paris, crée l'année suivante.

Progressivement la psychanalyse fait son entrée en institution psychiatrique. Quétel souligne l'importance de la transformation : « *c'est surtout la psychanalyse qui va marquer les développements de la psychiatrie.* ²⁸⁹ » Cet important mouvement dans l'évolution des établissements débute principalement à l'hôpital psychiatrique du Burghölzli à Zurich, grâce à l'intérêt que porte Bleuler à la psychanalyse et à ses célèbres successeurs tels que L. Binswanger ou C. G. Jung. « *Bleuler marque une rupture avec le pessimisme de Kraepelin en restituant au malade son statut de sujet.* ²⁹⁰ » Mais le patient reste en traitement dans cet espace hospitalier : le manque de structure externe, telle que les postcures, et de possibilités de suivi en dehors de l'hôpital n'encouragent pas les sorties bien que l'on sache que l'asile chronicise les patients. L'attention des médecins « *tend à décroître en même temps que se prolonge l'internement. Il existe une chronicité asilaire qui n'est pas seulement une fixation des symptômes mais aussi une chronicité des attitudes réciproques, des diagnostics et des thérapeutiques, des façons de voir* ²⁹¹ ». Il reste que la psychanalyse et ses prédécesseurs ont joué un rôle très important dans le développement des traitements ambulatoires en proposant un nouveau modèle de traitement. Elle aura aussi son rôle à jouer dans l'établissement psychiatrique, notamment pour s'inscrire en faux des traitements uniformes et collectifs pour l'ensemble des patients et promouvoir la subjectivité, la relation personnalisée et les traitements individuels.

²⁸⁹ Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 465

²⁹⁰ Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 466

²⁹¹ Le Guillant cité In Bueltzingsloewen von I. *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Flammarion, Aubier, Paris, 2007, p. 383

Si la psychiatrie de guerre n'a pas stimulé l'évolution de la psychiatrie, trois éléments concourent au développement des consultations ambulatoires : le service libre, les consultations des enfants et la prophylaxie.

On reconnaît en France au Dr Edouard Toulouse (franc maçon comme Pinel) le mérite d'avoir créé en 1922, dans l'enceinte de Saint Anne, un des premiers services libres : l'hôpital Henri-Rouselle. S'il n'est pas le premier, il joue un rôle essentiel dans l'instauration des traitements ambulatoires en psychiatrie en contre-pied de l'enfermement asilaire. Il existe des consultations ambulatoires dans ce service.

La lutte contre les fléaux sociaux contribue fortement au développement des traitements ambulatoires en psychiatrie. C'est l'aspect prévention qui joue une carte importante, notamment à l'image de ce qui s'est mis en place pour la tuberculose. H. Migot rappelle que « *la prévention, c'est pas né en psychiatrie, c'est né en tuberculose, et Toulouse [...] a transposé cela dans le domaine de la prévention des maladies mentales [...] ça a été important d'ailleurs, car c'est ainsi que sont nées les premières consultations, qui existaient déjà en psychiatrie privée.* »²⁹² Dans le même texte, Migot cite le Dr Édouard Toulouse : « *il y a les grands malades mentaux qui sont soignés dans les asiles, mais il y a aussi tous les autres qui ne relèvent pas de la loi de 1838 et pour lesquels il faut une organisation thérapeutique différente.* » L'impact de la loi est conséquent. En France, la loi de 1838, que Quételet résume par la maxime « soigner, c'est enfermer », ne favorise pas les traitements ambulatoires. Cent ans plus tard, la circulaire Rucard de 1938 tente d'instituer un travail psychiatrique hors les murs et une amélioration des pratiques hospitalières ; si la guerre limite l'impact de cette circulaire, le mouvement est cependant amorcé.

L'hospitalo-centrisme n'a pas favorisé non plus le développement des consultations ambulatoires, laissant apparaître un conflit sous-jacent d'importance dont les effets sont mesurables : « *Les consultations se sont plus facilement développées dans un département dépourvu d'hôpital psychiatrique car l'éventualité d'une intégration de la psychiatrie au OPHS [Offices publics d'hygiène sociale] a fait le problème d'une dualité d'ordre soignant : la postcure et la prévention devront-elles être séparées ou rattachées à l'hôpital ? [...] Les médecins exerçant dans les dispensaires polyvalents devront-ils être indépendants de l'hôpital, c'est-à-dire rattaché aux offices départementaux d'hygiène ou dépendre de*

²⁹² Migot H. *Les premiers dispensaires*, In *Recherches, Histoire de la psychiatrie de secteur* N° 17, mars 1975, p. 58

l'hôpital ? La psychiatrie devait-elle s'unifier ou se diviser en deux ? [...] S'engageait là un rapport de force entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier. » ²⁹³ C'est le début d'un interminable conflit entre les hospitaliers et les ambulatoires qui, malheureusement, garde encore actuellement sa vigueur.

Les consultations pour enfants se sont développées plus facilement et ont fait office de modèle. « *C'est en 1942 que l'OPHS qui, pour la région parisienne, traitait des autres maladies sociales, c'est-à-dire essentiellement tuberculose et maladies vénériennes, a ajouté une troisième dimension, les problèmes psychiatriques, sous l'influence d'un personnage qui était là, Hazemann [...] mais ces consultations étaient exclusivement des consultations pour enfants [...] les consultations pour adultes appartenaient au seul centre de prophylaxie mentale, c'est-à-dire Henri-Rousselle, qui en avait le monopole.* » ²⁹⁴ »

En Suisse, l'ambulatoire se développent de manière différente par rapport à la France, mais aussi de manière différente selon les cantons. « *C'est à Zurich sous Eugen Bleuler qu'eut lieu pour la première fois en Europe une consultation organisée au niveau de l'État pour la totalité des malades d'une ville, coordonnée, il est vrai, par l'hôpital psychiatrique.* » ²⁹⁵ » Dans le canton de Vaud, la première consultation ambulatoire institutionnelle se crée au sein de la policlinique médicale de l'hôpital cantonal en 1913. Cette consultation psychiatrique devient autonome de la policlinique médicale en 1948 et déménage dans ses propres locaux. Dix ans plus tard, elle devient un service autonome par rapport à l'hôpital psychiatrique, malgré le fait qu'elle garde la même administration. Les conflits hospitalo-ambulatoires ont de beaux jours : les rivalités entre professeurs, médecins chefs des services hospitaliers et ambulatoires font encore parler d'eux. Ces conflits ont plusieurs racines au-delà des rivalités de personnes. La plus importante est probablement due au fait que le cadre ambulatoire et hospitalier ne révèle pas les mêmes problématiques qui, de plus, sont activées dans d'autres moments du parcours du patient.

2.2.2. L'impact de la seconde guerre mondiale et le développement de la psychothérapie institutionnelle

Le contexte dramatique de la deuxième guerre mondiale a un impact majeur sur les établissements psychiatriques et remet en question quelques certitudes concernant

²⁹³ Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 78

²⁹⁴ Daumézon G. In Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 73

²⁹⁵ Müller C. *Les institutions psychiatriques*, Springer-Verlag, Berlin, 1982, p.15

l'internement en hôpital psychiatrique. « *Ce sont parfois des circonstances exceptionnelles, voire dramatiques, qui conduisent les aliénistes à "découvrir", non sans étonnement, les capacités d'adaptation de malades dont le maintien à l'asile allait de soi [...] La leçon médicale [...] est que beaucoup de malades mentaux que le médecin n'osait remettre dans le circuit social peuvent être reclassés dans la société et qu'il faut pratiquer largement le congé d'essai.*²⁹⁶ » Ainsi, la misère des asiles force à la réadaptation sociale, notamment à travers le travail à l'extérieur de l'hôpital. En 1938, les statistiques des maisons d'assistance montrent que 6,3 % des pensionnaires sont morts de cachexie alors qu'en 1941 ce taux monte à 17,8 %²⁹⁷. Les malades sortent car on manque de bras et il faut trouver les moyens de se nourrir. Le travail est considéré dans sa valence thérapeutique depuis le traitement moral (lutte contre l'oisiveté, participation communautaire etc.), mais dans ce contexte où la lutte contre la famine occupe le premier plan, le travail devient une nécessité vitale qui révèle en même temps les possibilités réadaptatives des patients, potentiel insoupçonné jusqu'alors. Ainsi, les sorties de l'hôpital psychiatrique sont favorisées, sorties d'essai mais également placements agricoles qui n'étaient qu'exceptionnels avant la guerre. Les sorties sont même parfois accompagnées par le voisinage plutôt que la famille pour les faciliter.

Les conclusions du Dr Le Guillant sont parlantes. Médecin directeur de l'hôpital de La Charité-sur-Loire, il recherche le destin des 103 patients « libérés » avec une bonne préparation au moment de l'exode. Son bilan montre que 33 patients dont la sortie n'était pas programmée « *se sont, contrairement à l'avis du médecin qui les maintenait, montrés aptes à vivre en liberté. L'internement de ces malades n'était plus indispensable, ni du point de vue de leur assistance, ni du point de vue de la préservation sociale [...] Ainsi notre sentiment, déjà ancien, que nos conceptions à l'égard des psychopathes et des modalités de leur assistance nécessitaient une révision profonde a reçu une confirmation définitive de cette expérience instituée par les événements.*²⁹⁸ » L'hôpital comme seul lieu dédié au soin de la folie ne peut plus refermer la brèche qui s'est ouverte. D'autres expériences thérapeutiques vont le confirmer : les communautés thérapeutiques anglaises et le

²⁹⁶ Bueltzingsloewen von I. *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Flammarion, Aubier, Paris, 2007, p. 380-81

²⁹⁷ Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 480

²⁹⁸ Le Guillant cité In Bueltzingsloewen von I. *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Flammarion, Aubier, Paris, 2007, p. 383

mouvement de la psychothérapie institutionnelle en France. On peut soigner la folie en dehors de l'hôpital, l'espace thérapeutique de la folie s'élargit.

La circulaire sur la prophylaxie mentale du 6 juin 1941 se réfère aux innovations introduites dès 1930 et à la circulaire de 1937 qui recommandait l'ouverture de dispensaires, de services ouverts, sociaux et autres alternatives à l'hospitalisation mais qui n'ont été que rarement suivies. Cette circulaire a des retombées favorables, malgré la situation difficile, sur l'instauration de consultations ambulatoires « *assurées par des médecins du cadre psychiatrique qui sortent – parfois pour la première fois – de l'enceinte asilaire pour exercer leur compétence dans des structures qui les mettent au contact de la population non internée et de collègues somaticiens investis dans la médecine de dispensaire* ²⁹⁹ ». D'autres expériences parlent en faveur des services ouverts et des traitements brefs. L'ouverture de service dans les mêmes locaux ou à proximité d'un service d'aliénés « *démontre, une fois de plus, l'utilité des services ouverts, qui permettent grâce à l'hospitalisation et au traitement précoce des psychopathes par des spécialistes qualifiés d'éviter à un grand nombre d'entre eux un internement toujours pénible.* ³⁰⁰ »

Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle naît pendant la seconde guerre mondiale et constitue une alternative importante au traitement hospitalier traditionnel. En France, les patients morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques, rappellent les camps d'exterminations allemands et contribuent à une certaine prise de conscience de la misère des patients et du personnel et à y réagir : « *ce qui rendit soudain l'univers asilaire inacceptable, ce furent les camps d'extermination, et l'ombre qu'ils projetèrent sur l'hôpital psychiatrique – car rien, à la libération, ne ressemblait plus à un camp qu'un asile.* ³⁰¹ » On reconnaît généralement que ce mouvement, encore actif aujourd'hui, se développe à Saint Alban sous l'impulsion de G. Daumézon, L. Bonnafé et F. Tosquelles, bien qu'il ait de nombreuses autres racines. Le terme psychothérapie institutionnelle n'est consolidé qu'en 1952 avec la publication de G. Daumézon et P. Koechlin intitulée *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine* ³⁰² . Cette approche a plusieurs racines

²⁹⁹ Buelzingsloewen von I. *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Flammarion, Aubier, Paris, 2007, p. 350

³⁰⁰ Buelzingsloewen von I. *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Flammarion, Aubier, Paris, 2007, p. 353

³⁰¹ Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 125

³⁰² Daumézon G. et Koechlin P. *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine*, Anais Portugese de Psiquiatria In Buelzingsloewen von I. *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Flammarion, Aubier, Paris, 2007, p. 482

philosophiques, sociologique et thérapeutique et inscrit son fondement dans l'organisation d'un dispositif qui se veut globalement psychothérapeutique par l'implication de chacun, patients et soignants, à tous les niveaux, dans la vie communautaire dans une relation égalitaire. Il s'agit « *d'une démocratisation des rapports entre soignants et entre soignants et soignés dans le partage d'actions communes* ³⁰³ ». Il se réfère principalement à la psychanalyse lacanienne dont le leadership est assuré par un psychanalyste qui est considéré comme une transcription moderne du pouvoir médical absolu des asiles du XIX^e siècle ; « *on touche là une constante essentielle de la médecine mentale que la psychothérapie institutionnelle, analytique ou pas, ne fera que réactiver (le paradoxe, c'est que la psychothérapie institutionnelle analytique a représenté l'ultime expression de la volonté d'impérialisme médical par rapport à l'administration au moment précis où la fonction du médecin directeur était en voie de suppression)*. ³⁰⁴ » La psychothérapie institutionnelle peut d'ailleurs être considérée comme un traitement hospitalier, car, comme le rappelle Daumézon, « *la psychothérapie institutionnelle, ça consiste à utiliser au maximum l'institution hospitalière*. ³⁰⁵ » Cependant, nous pouvons considérer que ce sont les ancêtres de ce qui se regroupe actuellement dans la psychiatrie intermédiaire ou communautaire, c'est-à-dire ni soins aigus, ni ambulatoires stricto sensu et plutôt pour des soins à moyen ou long termes. Malgré cela, le mouvement de la psychothérapie institutionnelle a un fort impact humaniste et redonne aux autres professionnels une fonction soignante, voire une fonction psychothérapeutique pour les infirmiers, à l'instar des orientations prises par J. Oury ou F. Guttari. « *Les réunions d'équipe redonnaient la parole aux infirmiers, qui, depuis Pussin, avaient régressé au rang de gardiens et dont les conditions de vie étaient à peine supérieures à celles de ceux sur qui ils avaient autorité*. ³⁰⁶ »

La seconde guerre mondiale a aussi eu un impact important dans les autres pays européens et notamment en Angleterre. Les expériences de traitement en groupe de W. Bion et J. Rickman pour la réhabilitation des soldats pendant la guerre ouvrent le champ des thérapies groupales et des activités communautaires. Il s'en suit le mouvement des communautés thérapeutiques qui aura un grand succès dans le monde anglo-saxon.

³⁰³ Hochmann J. *Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie*, L'évolution psychiatrique, vol. 82, juillet/septembre 2017, p. 473

³⁰⁴ Castel R. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris 1976, p. 161

³⁰⁵ Daumézon G. In *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 164

³⁰⁶ Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Que sais-je ? Paris, 2004, p. 94-5

L'idée est proche de celle de la psychothérapie institutionnelle : instaurer un milieu thérapeutique qui ne se trouve pas dans l'hôpital psychiatrique traditionnel. Maxwell Jones³⁰⁷ joue un rôle de moteur dans ce mouvement. « *Maxwell Jones, chargé d'organiser une "unité de réadaptation sociale", pour d'anciens prisonniers de guerre britanniques, élabore le concept de communauté thérapeutique [...] [qui] transforme en "sujet soignant" le malade qui n'était, jusqu'alors, qu'un "objet de soins"* ³⁰⁸. »

Ainsi ces nouveaux dispositifs ont en commun le mérite d'instaurer une nouvelle manière institutionnelle de traiter les patients dans un cadre qui se veut globalement psychothérapeutique et qui est organisé sur un mode communautaire. La référence théorique est la psychanalyse, même si ce ne sont pas les mêmes écoles qui inspirent les uns et les autres. Si ces mouvements s'inscrivent en faux par rapport aux hôpitaux psychiatriques, ils gardent une structure hiérarchisée avec une direction médicale que d'aucuns considèrent comme la version moderne du médecin-directeur de l'asile : « *Et l'on sait à quel degré de complétude et de raffinement sera poussé, lors de telles ou telles expériences de psychothérapie institutionnelle, l'effort pour recomposer à l'intérieur d'un îlot soigneusement circonscrit, les éléments et les articulations d'une société autosuffisante, pourvue, c'est le moins, de son "petit gouvernement" comme aurait dit Pinel...* ³⁰⁹ » Mais le statut de médecin directeur commence à décliner. Selon G. Daumézon, ce pouvoir médical prend fin après-guerre : « *la fracture la plus grave s'est produite quand le ministère a renversé sa politique en condamnant en ma personne la direction médicale des hôpitaux psychiatriques [...] de 44 à 50, nous avons récupéré un certain nombre de directions médicales, à partir de 50, nous avons commencé à les perdre*³¹⁰ [...] *commence à se profiler la fin des médecins directeurs : c'est l'annonce d'une cassure dans la longue durée du pouvoir médical* ³¹¹ » Malgré ce virement, le pouvoir médical reste important et prendra d'autres formes notamment sous couvert de ce qui sera nommé le cadre « médico-légale », c'est-à-dire la responsabilité médicale définie dans la loi.

La seconde guerre mondiale aura donc eu plus d'impact sur l'évolution de la psychiatrie que le précédent conflit mondial, qui avait pourtant déjà permis de mettre en évidence

³⁰⁷ Jones M. *The therapeutic community*, New York : basic book ; 1953

³⁰⁸ Chanoit P. F. *La psychothérapie institutionnelle*, PUF, que sais-je ? Paris, 1995, p. 61-62

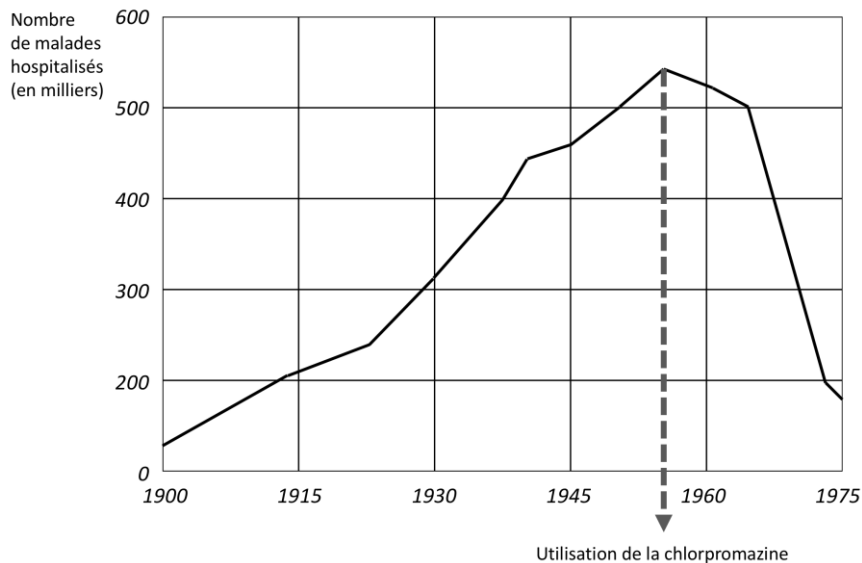
³⁰⁹ Gauchet M. Swain G., *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980, p.242

³¹⁰ Daumézon G. In Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 120

³¹¹ Daumézon G. In Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 125

certaines facteurs qui remettaient en cause les fondamentaux de la psychiatrie issue du XIX^e siècle³¹². Le traitement psychiatrique n'est progressivement plus le seul apanage des hôpitaux jusque-là en position de monopole. Le développement des traitements ambulatoires et des alternatives à l'hôpital psychiatrique pour le résidentiel ouvre le champ et commence à modifier le périmètre de l'institution psychiatrique. Il faudra attendre l'officialisation de la politique de secteur au début des années soixante pour asseoir ce nouveau périmètre. Mais, en attendant, une immense révolution va totalement changer le visage de la psychiatrie : la découverte des neuroleptiques dès 1952. Son impact va être majeur parce que ces traitements vont améliorer fondamentalement la vie les patients, modifier en profondeur les prises en charge et les durées de séjour. « *L'avènement en quelques années de la psychopharmacologie va modifier radicalement la prise en charge des malades mentaux, permettant bientôt des cures ambulatoires capables de freiner la progression des internements* ³¹³ » Le schéma³¹⁴ ci-dessous est éloquent :

Figure 9 : Malades hospitalisés aux USA de 1905 à 1975



Paradoxalement, les neuroleptiques ont permis de diversifier les possibilités d'actions thérapeutiques. « *Ainsi se trouvaient réalisées les conditions favorables à une entreprise psychothérapeutique dont la psychanalyse fournissait le modèle achevé [...] Les neuroleptiques ont non seulement favorisé le développement des hôpitaux de jour et toutes*

³¹² Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013

³¹³ Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 495

³¹⁴ Postel J Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994, p. 410

*les activités extra-hospitalières, mais aussi leurs pratiques psychothérapeutiques.*³¹⁵ » Par ailleurs, l'avènement des neuroleptiques a aussi été l'opportunité d'améliorer le statut des psychiatres en France. En effet, cette révolution pharmacologique donne un gage « scientifique » aux psychiatres qui ne sont plus considérés comme parent pauvre de la médecine mais deviennent à leur tour prescripteurs de médicaments. De ce fait, leur rémunération va être améliorée, ce qui montre combien la question médicale est attachée à la biologie et probablement pourquoi les aliénistes ont cherché à inscrire leur action dans ce champ sans lequel il n'y a pas de reconnaissance.

2.2.3. Les Centres de traitement et de réadaptation sociale

Dans les années cinquante, se dessine un autre projet : les Centres de traitement et de réadaptation sociale (CTRS) créés pour lutter contre le surpeuplement des hôpitaux psychiatriques. Fondamentalement, se pose la question de véritablement aider les patients à sortir des hôpitaux pour retrouver une vie en société. Dr Le Guillant et Dr Sivadon sont les références pour les CTRS. Paul Sivadon a probablement joué le rôle le plus marquant et son histoire est assez emblématique d'une « rupture évolutive » avec les institutions psychiatriques. Ses réalisations se font dans un contexte particulier, construites sur une conviction, et faites, entre autres, de projets novateurs, d'opportunités saisies et d'activation de relations dans son réseau professionnel et politique. Ses relations avec les décideurs, comme pour Pinel avec Cabanis, vont être déterminantes pour obtenir les moyens de réaliser son projet.

En 1929, Sivadon est interne à Ville-Évrard, hôpital psychiatrique parisien où les conditions des malades mentaux sont misérables. Après son internat et le concours de médecin chef, il est nommé directeur de la colonie agricole d'Ainay-le-Château qui reçoit des patients chroniques de toute la France. Cette nomination constitue une étape obligée en province avant de retourner travailler à Paris, mais l'expérience lui est très profitable :

« Je prenais dans les asiles des malades de plus en plus difficiles, et les amenais à Ainay dans un milieu rural et familial, et les malades étaient vite méconnaissables. C'était une transplantation dans un milieu archaïque rural, où la vie familiale persistait, et formé à ce type d'accueil puisqu'il y avait déjà presque cinquante ans que la colonie familiale existait. J'avais donc pu constater

³¹⁵ Bleaudon G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 27

que certaines structures spatiales et relationnelles (famille, petits groupes) permettaient des transformations spectaculaires de certains états. Et c'est nanti de ces notions que j'arrivais à Ville-Evrard. Le contraste épouvantable entre ce que j'avais vu et ce que je trouvais à l'asile m'a bien sûr donné des idées. ³¹⁶ »

En 1943, il revient à Ville-Évrard qui compte 600 hommes pour une capacité de 270 places dans le contexte particulier de la guerre : Villejuif avait été réquisitionné par les troupes américaines et les patients, avec les infirmiers de Villejuif, avaient été transférés à Ville-Évrard. Fort de son expérience d'Ainay-le-Château, Sivadon projette de faire sortir la moitié des patients pour revenir à la capacité antérieure de places prévues dans cet hôpital. Pour ce faire, il négocie des moyens avec la Sécurité sociale qu'il connaît bien :

« Les malades coûtaient très cher à la sécurité sociale (qui venait d'apparaître : elle avait été créée par de Gaulle en 45). Il y avait ici un point d'histoire personnelle qui joue. Lorsque j'étais interne, puis chef de clinique, jeune marié, démuné d'argent, je gagnais ma vie comme médecin-conseil des assurances sociales. En 1933 a été créée l'assurance sociale, c'est aussi l'année de mon mariage. J'ai été un des premiers médecins-conseils... J'ai été amené [...] à les connaître tous [...] ils étaient mes copains, de sorte que lorsqu'il y avait des démarches à faire auprès de la sécurité sociale, j'étais bien introduit et ça s'est bien passé [...] Je voyais en supervision la plupart des cas de neuropsychiatrie [...] j'y suis resté pendant quinze ans. J'étais donc de la maison : à la fois médecin des hôpitaux psychiatriques et médecin spécialiste de la sécurité sociale, j'étais en bonne position pour faire comprendre à la sécurité sociale qu'il y avait intérêt à soigner les malades mentaux pour qu'ils puissent sortir. J'avais affaire à des gens qui accrédiétaient ce que je leur disais, mais qui voulaient en avoir la preuve. Je leur ai répondu qu'on allait le leur démontrer. C'est là que le virage s'est produit. ³¹⁷ »

Sivadon est un entrepreneur qui a un projet et sait négocier les moyens nécessaires sans avoir peur de démontrer des résultats, ce qui est totalement novateur à ce moment-là quand on connaît les piètres résultats sanitaires des asiles.

³¹⁶ Sivadon P. In Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 130

³¹⁷ Sivadon P. In Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 133

Ainsi, il négocie que les infirmiers de Villejuif restent dans l'effectif de Ville-Évrard avec en plus deux assistants, deux assistantes sociales et un moniteur d'éducation physique, sans compter des moyens matériels : appareils d'électrochoc, de physiothérapie et de balnéothérapie, outils, mobilier, jeux, et la possibilité de transformer en boxes les dortoirs. Il demande également la création de foyer de postcure et de consultation de postcure, d'un centre de réadaptation professionnelle et d'un hôpital de jour – le premier de France –, bref de tout l'équipement post-hospitalier. Il convainc la Sécurité sociale que ces modes de prise en charge coûteront beaucoup moins cher que de garder les patients hospitalisés et menace même de le faire à titre personnel en créant une association privée – qu'il créera quand même sous le nom de « L'élan retrouvé » – si la Sécurité sociale ne le finance pas. Celle-ci décide de le suivre. Il s'agit vraiment d'une création à la marge, portée par un leader convaincu et convaincant qui va inspirer nombre de collègues : « *cette expérience eut une telle renommée que Paul Sivadon fut chargé d'organiser, par la suite, le dispositif psychiatrique de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale...*³¹⁸ ». Et son influence ne s'arrête pas là.

Une autre aventure commence en 48 lorsque Sivadon part en congrès à Londres. Pendant son absence, un de ses patients se suicide et les journaux se saisissent de l'affaire en invoquant l'expérience nouvelle. Sivadon est très affecté par cette situation qui provoque selon lui des « *réactions psychosomatiques [qui] se sont traduites par un accès de goutte au bout d'un an et demi de travail [...] [il décide] d'aller faire une cure à Évian où l'on s'ennuie ; la distraction, c'est aller à Genève.*³¹⁹ » Il passe ainsi à l'OMS saluer son confrère psychiatre qui connaît ce qu'il a réalisé. Il apprend qu'une bourse a été destinée au Dr Le Guillant pour aller aux États-Unis, mais comme ce dernier était communiste, il n'a pas obtenu son visa ; la bourse est proposée à Sivadon, qui part quatre mois aux États-Unis, en Angleterre et en Hollande. Il témoigne de son intégration à l'OMS suite à ce voyage : « *en rentrant de ce voyage d'études, où j'avais vu énormément de services, j'ai fait un bilan qui leur (OMS) a plu et qui m'a valu d'être nommé expert à l'OMS.* »

Ainsi cette mésaventure prend des allures d'opportunité pour P. Sivadon qui se trouve confirmé dans ses convictions et obtient une tribune pour diffuser ses idées sur l'organisation de la psychiatrie. Il écrit des recommandations qui vont dans le sens d'une

³¹⁸ Chanoit P. F. *La psychothérapie institutionnelle*, PUF, que sais-je ? Paris, 1995, p. 22

³¹⁹ Sivadon P. In *Recherches, Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 145

organisation en secteur, notamment sur le problème de la sortie de l'hôpital. Selon lui, « *un problème majeur qui se posait, c'était les relations entre l'intérieur et l'extérieur (de l'hôpital psychiatrique)* ³²⁰. » Il est conscient que ce problème d'articulation entre l'interne et l'externe est délétère pour les patients et qu'il faut trouver les moyens de le dépasser : c'est ce que le secteur tentera de faire.

2.2.4. L'hôpital de jour

Une autre alternative à l'hospitalisation est l'hôpital de jour, un dispositif qui fait moins de bruit que le mouvement de psychothérapie institutionnelle mais qui fera pleinement partie du dispositif de secteur à l'avenir. Il est donc utile d'en retracer quelques éléments historiques. Les problèmes économiques, l'encombrement des hôpitaux psychiatriques, l'augmentation de la demande en soins psychiatriques ou encore les listes d'attente en Angleterre ont contribué à la création de cette alternative à l'hospitalisation. À cela, il faut ajouter les intentions plus cliniques, telles que la réadaptation ou la socialisation des patients et surtout l'inadéquation des hôpitaux pour répondre aux besoins des « névrosés », le modèle de soin hospitalier étant plutôt fondé sur le traitement de la psychose.

Dans une publication de 1926 de The Lady Chichester Hospital se trouve décrite, probablement pour la première fois, une pratique d'hôpital de jour : « *en définitive, plus d'une centaine de malades furent traités ambulatoirement à l'hôpital pendant l'année, certains d'entre eux étant des malades quotidiens, qui, bien que dormant ailleurs, passent toute la journée à l'hôpital et prennent part à ses diverses activités et divertissements.* ³²¹ » Mais au sens propre du terme, il semble que le premier hôpital de jour soit né à Moscou en 1932 sous l'impulsion du Dr Dzhagarov en conséquence des problèmes économiques du moment et du manque de personnel³²². Il s'agit alors de resocialiser les malades pour en faire des travailleurs actifs. Sans qu'il y ait de contact entre eux, à la même époque, le Dr Woodall à Adams Hall à Boston en 1935 et le Dr H. Boyle à Chichester de Hove en Angleterre en 1938, ouvrent à leur tour un hôpital de jour.

³²⁰ Sivadon P. In Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, N° 17, mars 1975, p. 146

³²¹ Bleaudon G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 14

³²² Bleaudon G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 14 et 16

Mais les hôpitaux de jour vont connaître leur premier véritable essor après la seconde guerre mondiale dans les pays anglo-saxons. Aux États-Unis, la première communication consacrée à l'hôpital de jour a été faite à New York en 1947 par E. Cameron³²³. En France, mis à part quelques exceptions comme celle de Sivadon, ce sera avec la politique de secteur, à partir de 1960, que les hôpitaux de jour connaîtront leur assise officielle.

Après la seconde guerre mondiale, la conjonction de quatre facteurs fait apparaître l'hôpital de jour comme une solution originale et efficace : la pression des coûts, l'augmentation et la diversification des demandes, l'évolution des concepts de soin et le contexte légal. La question des coûts n'est pas nouvelle, elle a de tout temps préoccupé les autorités depuis la création des asiles. La crise de 1929 avait déjà inspiré quelques initiatives. Par exemple, la Ville d'Amsterdam avait engagé un psychiatre pour diminuer le nombre de patients hospitalisés et ainsi diminuer les coûts des soins psychiatriques. Cette initiative avait non seulement réussi à limiter les hospitalisations mais aussi à transformer les pratiques des hôpitaux psychiatriques. La période de l'après-guerre est caractérisée par une économie dévastée et d'énormes besoins en soins psychiatriques, notamment pour la réhabilitation des soldats. « *Une des notions fondamentales ayant conduit à la création d'un hôpital de jour est le coût des soins hospitaliers, coût qui a dépassé les limites financières de la majorité de la population.* »³²⁴ Il faut noter que les lois sur la protection sociale et la santé mentale ont favorisé la possibilité de répondre à la demande ; c'est dans cette période de l'après-guerre que se sont créés la Sécurité sociale en France, le National Health System (NHS) en Angleterre (1946-7), les lois sur la santé mentale un peu plus tard (1959).

L'évolution des concepts de soins contribue à la mise en place de nouvelles prises en charge. En regard de la position de Pinel sur la curabilité de la folie, la conviction d'une évolution possible du patient à moyen terme est un fondement du développement des hôpitaux de jour. Un autre élément nouveau, à l'inverse de l'hospitalisation et de l'« isolement » pinélien, est de laisser le malade dans sa famille. « *Une différence essentielle entre l'hôpital de jour et l'hôpital à plein temps tient à ce que les soins diurnes insistent sur l'importance de la famille et de l'environnement dans la maladie et le traitement du malade.*

³²³ Bertrand J. Alary P. *Le groupement des hôpitaux de jour psychiatrique, un espace de réflexion et d'action, Soins psychiatriques*, N° 276, sept. /Oct. 2011, pp 18-21

³²⁴ Cameron D. E. (1956) *The day Hospital*, in Bennet A.E. (Ed) *The practice of psychiatry in general hospitals*, Berkely and Los Angeles, Univ. California Press, 134-150, In Bleaudon G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 20

Aussi, les soins en hôpital de jour mettent-ils l'accent sur le rôle du service social et sur l'abord thérapeutique par l'équipe. ³²⁵ » Les hôpitaux de jour partagent certains fondements avec la psychothérapie institutionnelle, notamment le concept de travail d'équipe (« *on a de plus en plus tendance à faire administrer les soins médicaux par une équipe plutôt que par un individu* ³²⁶ ») et l'abord psychothérapeutique inspiré de la psychanalyse (« *Les principales méthodes thérapeutiques utilisées dans un hôpital de jour sont psychothérapeutiques* ³²⁷ »). J. Bierer a par exemple nommé l'hôpital de jour dont il a la charge « centre social psychothérapique ». Les abords psychothérapeutiques sont appliqués aux groupes : « *l'extension des méthodes de groupe et les découvertes des sciences sociales offraient une nouvelle voie d' "interventions psychiatriques"*. ³²⁸ » Les thérapies actives inspirées des travaux de H. Simon sont aussi au programme : « *H. Simon adopta une nouvelle orientation fondamentale en face du malade mental et proclama explicitement "que l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapique pour obtenir la guérison symptomatique des maladies mentales"* ³²⁹. »

Un dernier élément contributif à la création des hôpitaux de jour tient aux personnes et au contexte institutionnel : ces innovations se sont faites à la marge. En France, le premier hôpital de jour est créé grâce à Sivadon qui est un leader incontestable et un innovateur en termes de dispositif psychiatrique. Comme nous l'avons vu, il est un précurseur à la marge. « *À Londres, c'est une initiative privée, marginale par rapport aux organismes officiels, contestant les structures publiques en place, qui inaugure la formule [...] Leur réalisation n'était possible qu'en marge d'hôpitaux comme Saint Jean-de-Dieu à Montréal ou Bethlem à Londres.* ³³⁰ »

³²⁵ Cameron D. E. (1956) *The day Hospital*, in Bennet A.E. (Ed) *The practice of psychiatry in general hospitals*, Berkely and Los Angeles, Univ. California Press, 134-150, In Bleaudonu G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 23

³²⁶ Cameron D. E. (1956) *The day Hospital*, in Bennet A.E. (Ed) *The practice of psychiatry in general hospitals*, Berkely and Los Angeles, Univ. California Press, 134-150, In Bleaudonu G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 22

³²⁷ Cameron D. E. (1956) *The day Hospital*, in Bennet A.E. (Ed) *The practice of psychiatry in general hospitals*, Berkely and Los Angeles, Univ. California Press, 134-150, In Bleaudonu G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 22

³²⁸ Bleaudonu G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 21

³²⁹ Labbe J. « éléments pour une monographie du Boissier. réflexions sur la mise en place de l'ergothérapie à Chailles, Université paris VII, UER sciences humaines cliniques, DESS de psychologie clinique, p. 15

³³⁰ Bleaudonu G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 26

La fin du tout hôpital psychiatrique, comme seul espace du traitement de la folie, s'est construite progressivement avec l'évolution des concepts cliniques, les expériences de quelques innovateurs à la marge, la pression sur des coûts des hospitalisations et le facteur favorisant de la généralisation de la protection sociale. La création des premiers espaces thérapeutiques dans la communauté préfigurent ainsi la politique de secteur. Les premiers traitements ambulatoires sont tardivement intégrés à « l'offre » psychiatrique des établissements et ne trouvent leur consécration qu'avec la politique de secteur dans les années 1960. Mais ils ne cessent par la suite de gagner en importance, contrairement à l'hôpital psychiatrique dont la mission se restreint presque exclusivement aux soins aigus.

2.3. Quand l'espace est la règle : l'émergence d'un parcours, ou la psychiatrie trajectorisée

« Il n'y a plus de mur de l'asile, partageant clairement ceux qui sont d'un côté et ceux qui sont de l'autre. »

C. Quétel

« Quand on a travaillé comme moi vingt ans à l'hôpital, on sait qu'il faut détruire ça, l'hôpital psychiatrique – le détruire de fond en comble, qu'il n'en reste rien, qu'on n'aille pas le remonter ailleurs sous un autre masque... à l'hosto, je ne suis responsable que des gens qu'on m'amène – sur le secteur, on me collera le souci de toute une population. »

R. Gentis³³¹

« Le secteur, c'est la transformation du psychiatre : au lieu d'avoir une situation féodale dans un hôpital, il cherche à se tourner vers l'extérieur et à y implanter son action. Mais bien sûr, il est difficile de se transformer d'abbé mitré dans un monastère en moine mendiant sur les routes. »

Daumézon³³²

En 1952, un comité d'experts de l'OMS propose des principes qui devraient régir les hôpitaux psychiatriques, parmi lesquels l'atmosphère de communauté thérapeutique et les liens avec la société – soit l'exact contre-pied de l'isolement préconisé dans le traitement moral. Les principes avancés sont en priorité le maintien du patient dans sa famille avec un appui des professionnels des services extra-hospitaliers, l'utilisation des hôpitaux de jour et la volonté de « *recourir à l'hospitalisation à titre de mesure*

³³¹ Recherches, Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible, N° 17, mars 1975, p. 539

³³² Recherches, Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible, N° 17, mars 1975, p. 9

*transitoire*³³³ ». La tendance s'inverse : le traitement psychiatrique devrait en priorité se faire en dehors de l'hôpital. Le principe de la continuité des soins, fondement de la politique de secteur, est posé : « *où que le malade se trouve [...] il importe, en règle générale, que le médecin qui a été la première personne à nouer des relations avec le malade continue à remplir son rôle thérapeutique [...] Cette continuité ne sera possible que si l'équipe psychiatrique a la charge d'une zone nettement circonscrite et de tous les services qui s'y trouvent situés.* »³³⁴ Le centre de gravité du lieu dédié au traitement des problèmes psychiques se déplace dans la communauté. Il semble que ce changement peut s'opérer progressivement grâce à la convergence des intérêts des partenaires médicaux et des financeurs, notamment les possibilités de traitements ambulatoires et intermédiaires moins coûteux que les traitements hospitaliers. Ce regard vers l'extrahospitalier va engendrer un mouvement « communautaire » qui va aboutir à la naissance du secteur psychiatrique.

Le secteur psychiatrique est une vraie rupture dans l'histoire de la psychiatrie et s'impose progressivement comme l'évolution incontournable de l'organisation des soins psychiatriques. « *La notion de secteur dans son acception actuelle est récente. C'est au cours des années trente que les premières figures du secteur apparaissent, dans le champ de l'hygiène sociale, avec la prise en charge par les OPHS (offices publics d'hygiène sociale) de la prophylaxie mentale.* »³³⁵ Un indice de l'importance de ce nouveau dispositif est le nombre de revendications de la paternité de l'appellation « secteur », Sivadon et Daumézon entre autres. Le terme apparaît pour la première fois en 1928 dans un rapport de l'Office public d'hygiène sociale (OPHS). La même évolution vers la communauté se retrouve dans de nombreux pays, en France, en Suisse, en Angleterre avec le National Health Service (NHS) et aux Etats-Unis avec le Community Mental Health Facilities Construction Act de 1963. Ce programme américain de désinstitutionnalisation comprend les services de base à une population donnée, la proximité des services dans la communauté, une gamme complète de soins hospitaliers et ambulatoires avec une incitation pour les hospitalisations en hôpital général, la continuité des soins, un travail pluridisciplinaire, la prévention et l'implication des usagers et de la communauté³³⁶. À

³³³ Baker A. Davies R. L. Sivadon P. *Services psychiatriques et architecture*, OMS, Genève, 1960, p. 11

³³⁴ Baker A. Davies R. L. Sivadon P. *Services psychiatriques et architecture*, OMS, Genève, 1960, p. 16

³³⁵ Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 49

³³⁶ Léouffre P. Tempier R. *Le virage ambulatoire en psychiatrie : réactualiser nos principes de psychiatrie communautaire ou rater le virage !* Rev. Can. psychiatrie, vol 43, mai 1998, pp 403-410

titre d'exemple, l'augmentation des hôpitaux de jour est significative : aux États-Unis, la première rencontre des hôpitaux de jour en 1958 ne réunit que 8 institutions, alors qu'elle en compte 114 en 1963 et 185 en 1968³³⁷.

Sans être universel, le secteur psychiatrique français est emblématique de l'évolution du dispositif psychiatrique dont l'aboutissement est la possibilité d'une trajectoire complète de soins pour le patient avec toutes les étapes possibles de l'ambulatoire à l'hospitalisation en passant par ce qui s'appellera plus tard les structures intermédiaires ou la psychiatrie intermédiaire, puis la psychiatrie communautaire (foyer de postcure, de réadaptation, hôpital de jour, travail dans la communauté et équipe mobile). Ce modèle s'exporte, G. Daumézon en est l'un des porte-parole dès 1965 : « *je me souviens d'être allé à Bologne avec Duchêne pour expliquer le secteur, [d'] être allé à Bâles, à Lausanne etc. On nous demandait où aller ; on disait "allez voir le XIII^e !* »³³⁸ ». Le secteur du XIII^e est un secteur particulièrement actif et innovateur (dont la réputation reste encore bien assise aujourd'hui), du fait des fameux psychiatres (Paumelle, Daumézon, Racamier, Woodburry, etc.) qui y ont contribué, mais aussi de son origine associative : à l'instar de Sivadon qui « menaçait » de faire quand même « son » CTRS malgré l'absence de soutien des autorités, le secteur du XIII^e s'est construit autour d'une initiative privée pour sortir de l'inertie publique – comme le résume Daumézon : « *si vous ne la faites pas nous le ferons !* »³³⁹

Le secteur s'est construit progressivement. Les racines de son organisation sont nombreuses et anciennes. « *Il n'y a pas d'inventeur du secteur. Le secteur [...] est né d'une certaine conjoncture d'événements ; il est apparu comme une certaine nécessité historique, ce n'est pas quelqu'un qui l'a inventé dans sa petite tête* »³⁴⁰ Les traitements alternatifs à l'hôpital constituent une des origines de la psychiatrie de secteur : la psychothérapie institutionnelle, les communautés thérapeutiques, les hôpitaux de jour, les traitements ambulatoires, les foyers protégés, etc. Nous pouvons également citer les sociétés de patronage qui avaient charge d'aider les patients à la sortie de l'hôpital et de veiller à les préserver d'un retour. On en trouve en Allemagne, en Italie, en Suisse et en France dès le début du XIX^e siècle. En France, la circulaire du 15 mars 1960 est l'issue d'une longue

³³⁷ Bleaudon G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 27

³³⁸ Daumézon G. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 212

³³⁹ Daumézon G. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 212

³⁴⁰ Mignot H. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 58

maturation. Elle instaure les principes de la politique de secteur et la notion de carte sanitaire, un programme d'organisation et d'équipement des départements. Le choix d'une circulaire permet d'agir plus rapidement qu'un changement de loi qui aurait pris beaucoup plus de temps ; la loi de 1838 ne sera d'ailleurs modifiée que le 27 juin 1990.

En Suisse, les politiques sanitaires sont cantonales, ce qui instaure de fait une limitation territoriale allant dans le sens du secteur. Dans le canton de Vaud, la politique de secteur est adoptée comme en France dans les années soixante avec la partition du territoire en quatre secteurs. Comme en France, la mise en place de cette nouvelle politique de soins se fait progressivement. « *La politique de secteur, déjà dessinée sur le papier depuis 1960, entre en application à partir de 1971.* ³⁴¹ » Les lieux de soins différenciés se sont déjà construits. Le premier foyer protégé s'ouvre par exemple à Lausanne en 1966. Le placement familial était aussi pratiqué en Suisse et constitue une alternative à l'hospitalisation.

Le lieu dédié au soin de la folie s'élargit dans un dispositif organisé en réseau. Le premier et unique espace du soin psychique était l'asile. Le deuxième espace était en fait constitué d'espaces polarisés entre l'hôpital et l'ambulatoire avec les alternatives à l'hospitalisation. Le troisième espace est constitué par le secteur psychiatrique : un dispositif intégré de différentes unités de soins, des soins aigus hospitaliers à l'ambulatoire en passant par les structures intermédiaires, et donnant une cohérence globale dans une logique de réseau. Ce dispositif doit répondre aux différentes problématiques psychiatriques et assurer la trajectoire du patient dans ce réseau de soins.

Un secteur psychiatrique doit disposer de l'ensemble des unités de soins nécessaires à un parcours complet du patient et pouvant répondre aux besoins d'une population déterminée. La circulaire de 1960 propose des moyens dont peut disposer un secteur pour diminuer le recours à l'hospitalisation : le dispensaire d'hygiène mentale, l'hôpital de jour, le foyer de postcure et les ateliers protégés. Le projet est clairement orienté vers la promotion de l'extra-hospitalier, l'hôpital pesant encore très lourdement sur le traitement psychiatrique. Pour reprendre les propos d'une représentante du ministère de la Santé français en 1972 : « *après une concentration asilaire, poursuivie pendant plus d'un siècle, on en est, pour permettre le traitement du malade dans son milieu, à l'“éclatement” de la psychiatrie hors des murs de l'asile et à des modes de prise en charge tentant de se*

³⁴¹ Postel J. Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994, p. 365

*dégager de l'hospitalocentrisme traditionnel, en fonction d'une politique dite de "secteur" »*³⁴². D'ailleurs, le ministère n'approuve plus aucun service psychiatrique sans qu'il ne soit prévu d'hôpital de jour. Les objectifs sont de traiter à un stade précoce, de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu – l'opposé de la position de Pinel et de la psychiatrie asilaire sur l'isolement – et d'assurer une posture évitant les hospitalisations multiples. Le projet que concrétise la circulaire de 1960 connaît d'inévitables résistances et obstacles. Comme le dit P. Paumelle, *« pendant longtemps, le secteur, ça a été un texte »*. *« L'obstacle majeur à la mise en place du secteur a été la résistance de fond des psychiatres. »*³⁴³ Mme Mamelet, alors sous-directeur de la protection sanitaire au ministère de la Santé (bureau des maladies mentales), se souvient de séances homériques pour faire accepter la politique de secteur, tant l'hostilité et la résistance des psychiatres étaient grandes : *« Comment, nous disait l'un, vous voulez la mixité des services, mais je n'ai jamais accepté que des femmes... Faire du dispensaire, nous disait l'autre, oui, mais alors une fois par mois au chef-lieu (à 300 mètres) »*³⁴⁴. La résistance est aussi liée à l'habitude de l'exercice du pouvoir médical dans un espace réservé que 150 ans d'histoire asilaire ont bétonné. Quitter cet espace, c'est aussi abandonner un pouvoir établi, un espace protégé, un pouvoir assuré pour une aventure qui ne donne aucune garantie sur la question et, au contraire, ouvre à d'autres modèles de faire et d'autres relations entre professionnels du soin psychiatrique.

Devant ces résistances, il a fallu mettre en place des incitatifs pour que le secteur voie le jour. En 1968, pour inciter les médecins à faire du secteur, on leur propose un meilleur statut : *« médecin de deuxième catégorie à condition que vous fassiez du secteur. »*³⁴⁵ Dix ans après la circulaire, les résistances ne sont pas dépassées et la politique de secteur peine à se mettre en place. La même stratégie est remise en œuvre : *« le 20 septembre 1971, a été pris un arrêté proposant le classement des psychiatres en 1^{er} groupe, donc avec un traitement plus élevé, pour autant qu'ils appliquaient la sectorisation. C'était la carotte pour faire avancer le secteur au plan local... »*³⁴⁶ Les incitatifs ayant leur effet pervers, certains ont fait des secteurs fantômes pour avoir la rémunération.

³⁴² Bleaudon G. Despinay M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, p. 27

³⁴³ Bailly Salin In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 211

³⁴⁴ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 209

³⁴⁵ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 241

³⁴⁶ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 245

Le secteur est d'abord un territoire géographique donné avec une psychiatrie insérée dans cet espace. « *On appelait ça la géo-psychiatrie : ça a été si on veut la première dénomination, la première identification verbale de ce qu'était une pratique disons de type sectoriel.* ³⁴⁷ » Mais quelle est sa taille optimale ? Pour répondre à cette question, il faut faire un détour par la taille optimale de l'hôpital psychiatrique. Le congrès de Tours en 1958 affirme que l'idéal se situe autour de 200 lits, après les expériences significatives de CTRS de Sivadon et de Le Guillant qui avaient fonctionné avec des hôpitaux de 150 à 200 lits. Une fois encore, on s'éloigne du modèle du grand hôpital psychiatrique préconisé par Esquirol au XIX^e siècle. « *Alors, pour définir le secteur, c'est pas compliqué : 200 lits, avec les normes de l'OMS de 3 lits pour 1 000 habitants, ça définissait l'ensemble démographique pris en charge, le secteur géo-démographique de 66 666 habitants...* ³⁴⁸ » Ainsi chaque secteur psychiatrique comprend environ 60 000 habitants.

Dans ce territoire, un équipement psychiatrique complet doit exister avec l'idée de prophylaxie empruntée à la lutte contre les fléaux sociaux et notamment la tuberculose. « *Les vrais pères de la psychiatrie de secteur sont des gens qui ont été formés dans la lutte contre les fléaux sociaux, le fléau social type étant la tuberculose.* ³⁴⁹ » « *La prévention, c'est pas né en psychiatrie, c'est né en tuberculose, et Toulouse [...] a transposé cela dans le domaine de la prévention des maladies mentales [...] ça a été important d'ailleurs, car c'est ainsi que sont nées les premières consultations, qui existaient déjà en psychiatrie privée.* ³⁵⁰ » Le secteur porte ainsi la volonté de traiter précocement les maladies mentales à défaut de les prévenir. À l'origine, la prophylaxie est pensée comme la prévention secondaire d'aujourd'hui. L'action de la psychiatrie élargit son périmètre des soins hospitaliers à la prophylaxie dans les centres d'hygiène mentale, qui constituent des espaces de consultations ambulatoires. Ces centres sont aussi faits pour les suivis des patients qui ont été hospitalisés dans l'objectif de prévenir de nouvelles hospitalisations. Pour ce faire, l'idée est que les mêmes soignants qui ont déjà soigné les patients continuent de les suivre ambulatoirement. Ce principe de la continuité des soins contraint les soignants hospitaliers à sortir de leurs unités pour assurer ce suivi. Le secteur instaure officiellement ce principe et nécessite une réorganisation adaptée pour sa mise en place,

³⁴⁷ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 89

³⁴⁸ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 190

³⁴⁹ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 63

³⁵⁰ Migot H. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 58

puisque les soignants vont devoir quitter momentanément leur service hospitalier pour assurer des prestations ambulatoires dans la communauté ou au dispensaire.

Le secteur modifie la mission de l'hôpital et son organisation en services libres et fermés. La mixité des unités de soins est aussi instaurée par la circulaire n°12 du 24 janvier 1969 sur la bisexualité des hôpitaux psychiatriques. L'hôpital devient une partie seulement du traitement psychiatrique et non plus le lieu unique des soins psychiatriques. « *Les lits de séjour ne sont qu'un élément au sein d'un dispositif complexe comportant consultations nombreuses, visites à domicile, laboratoires multiples, centres de recherche, d'enseignement et d'information-propagande, cette orientation demeure coexistante avec un principe dualiste dans la distribution du patrimoine hospitalier.* ³⁵¹ » La circulaire de 1960 précise que « *dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.* ³⁵² » L'hôpital doit aussi être intégré dans le contexte social et non plus isolé comme les patients l'étaient jusqu'ici. « *L'hôpital demeure un mauvais instrument, un lieu de réjection, un lieu de réclusion, etc., dans la mesure où il n'est pas intégré dans un système de santé publique au service global de la population.* ³⁵³ » Le principe d'intégration dans un système est important car il souligne la nécessité d'une complémentarité des unités de soins dans leur mission différenciée, on ne fait plus seul à l'hôpital ou ailleurs mais ensemble. En 1945, à la 1^{ère} journée de la psychiatrie, Daumézon proposait déjà cette idée d'« *unité de la psychiatrie [...] [qui] postule la continuité des soins, donc la nécessité de ne pas considérer le temps hospitalier complètement séparé des autres temps [...]* ³⁵⁴ ».

L'évolution des prises en soins psychiatriques dans le secteur ne se fait pas sans redistribution des rôles. Le travail d'équipe s'instaure comme instrument indispensable au déploiement des soins de secteur. La circulaire du 14 mars 1972 précise qu'« *en tout état de cause l'équipe doit être pluridisciplinaire et comporter des médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychologues en ce qui concerne la psychiatrie générale des secteurs de base. Pour la psychiatrie infantile un personnel spécifique : éducateurs et rééducateurs en*

³⁵¹ Bonnafé L. « Le milieu hospitalier vu du point de vue psychothérapique, ou Théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique, La raison, N° 17, 1^{er} Trimestre 1957 p. 57-8

³⁵² Circulaire du 15 mars 1960

³⁵³ *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 63

³⁵⁴ Daumézon G. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 103

particulier, doit en outre être prévu. » Ce concept d'équipe, qui s'est développé après la seconde guerre mondiale notamment avec la psychothérapie institutionnelle et les communautés thérapeutiques, (re)donne une place aux professionnels non médicaux, évincés après qu'Esquirol ait remplacé Pussin à la Salpêtrière et mit un terme aux soignants non-médecins pour les soins aux aliénés dans les asiles.

La reconnaissance des compétences des assistantes sociales et des infirmiers refait surface. Le fameux colloque de Sèvres de 1957 laisse une large place aux infirmiers sur le thème de leur participation à la psychothérapie. *« Le travail d'équipe ne concernait pas seulement le collectif des psychiatres. On peut considérer comme un des bienfaits de l'occupation le remaniement très profond qui s'est produit au sein du collectif soignant, médecins et infirmiers. L'occupation (devant l'adversité on devient solidaire !) a joué un rôle d'une importance extrême dans cette mutation du "je" vers le "nous" de l'équipe soignante [...] bien sûr, pratiquement, l'accomplissement de ce processus de démocratisation, de fraternité, a pris des formes très diverses au niveau de la réalité : on s'en est aperçu plus tard, au moment du colloque de Sèvres sur la participation des infirmiers à la psychothérapie. ³⁵⁵ »* Au-delà des compétences métiers nécessaires au travail d'équipe, le colloque appelle un changement dans les rapports de travail pour l'ensemble des acteurs. Il faut se souvenir d'où certains partent : *« en principe à cette époque, une infirmière n'avait pas le droit de s'adresser au médecin, ni d'entrer dans son bureau ; c'était réservé à la surveillante. ³⁵⁶ »*

Ces nouvelles pratiques et autres changements exigés par l'instauration du secteur bousculent les habitudes et demandent de nouvelles compétences à chacun et un changement de mentalité. Ces nouvelles manières de faire nécessitent de la formation. Dès la fin de la guerre se mettent en place des formations pour les soignants afin de changer les pratiques. *« Daumézon attachera toujours une très grande importance au rôle de l'infirmier dans cette nouvelle stratégie thérapeutique. Il crée en 1949 des stages de formation dans le cadre des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active, avec Germaine Le Guillant, permanente des CEMEA. ³⁵⁷ »* Oury rapporte qu'*« il y a eu la*

³⁵⁵ Bonnafé L. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 88

³⁵⁶ Sabourin-Sivadon D. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 137

³⁵⁷ Ayme J. Essai sur l'Histoire de la Psychothérapie Institutionnelle 33 p. http://www.euro-psy.org/site/La_Borde_files consulté le 29.12.2011.

*formation des stages d'infirmiers [...] c'était formidable de faire sortir les infirmiers de leur ghetto local [...] ils étaient aussi internés que les autres.*³⁵⁸ »

Paradoxalement, au moment où la psychiatrie s'ouvre avec notamment le secteur psychiatrique, apparaît l'antipsychiatrie dont les plus célèbres acteurs sont R. Laing et D. Cooper. Ces derniers remettent radicalement en question les pratiques considérées comme obsolètes et coercitives et contribuent à la réflexion et aux changements des pratiques et organisations des institutions psychiatriques. « *On pourrait alors interpréter les mouvements antipsychiatriques des années 1960-1970, non seulement comme une contestation de la "psychiatrie à la papa", mais aussi comme l'expression d'espoirs déçus.* »³⁵⁹ Dans cette contestation, des acteurs non professionnels de la psychiatrie, philosophes et sociologues notamment, jouent un rôle important, en particulier M. Foucault avec son *Histoire de la folie à l'âge classique* et E. Goffman avec son étude sociologique des hôpitaux psychiatriques américains, *Asiles*. Les tentatives cliniques des antipsychiatres se solderont par des échecs, mais le mouvement aura contribué à une saine remise en question des pratiques. L'Italie est un cas particulier avec Franco Basaglia dont le travail a grandement contribué à fermer les hôpitaux psychiatriques et changer la vieille loi de 1904 qui allait jusqu'à inscrire dans le casier judiciaire les hospitalisations psychiatriques.

La politique de secteur et la psychiatrie dans la communauté sont la concrétisation officielle de l'élargissement de l'espace dédié aux soins psychiques. Ce changement impacte la gestion du fait que l'établissement n'est plus seulement un hôpital. « *L'application de la politique de secteur [...] fait du management des établissements publics de psychiatrie un mode de gestion original dans le paysage hospitalier français. Il convient dès lors de parler de gestion des services de santé, et non plus de gestion hospitalière.* »³⁶⁰ Cependant, ces nouveaux lieux de soins, pourtant dans la communauté, restent cloisonnés et peu perméables à d'autre pratique que la psychiatrie. Il faut une étape supplémentaire pour que la psychiatrie sorte de ses murs pour aller véritablement dans la communauté. Ce sera l'étape de ce que j'appellerai la psychiatrie infiltrée.

³⁵⁸ Oury J. In *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17, mars 1975, p. 139

³⁵⁹ Postel J. Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994, p. 353

³⁶⁰ Haut Conseil de la santé publique, *Santé mentale*, ADSP Actualité et dossier en santé publique N° 15 juin 1996, p.18 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsps?ae=adsps&menu=11>

2.4. La psychiatrie infiltrée

« Les trente glorieuses du secteur se terminent »

S. Kannas

« On connaît l'histoire du fou qui se penche à la fenêtre de son asile pour demander à un passant : "Êtes-vous nombreux là-dedans ?" Ce n'est pas une blague, nous sommes bel et bien nombreux là-dedans. »

C. Quétel

« La pratique psychiatrique n'a plus de modèle »

C. Quétel

Le secteur psychiatrique a organisé la possibilité d'une trajectoire de soins dans l'ensemble des unités de soins, de l'hôpital psychiatrique aux dispositifs intégrés dans la communauté. Le secteur a constitué le grand pas entre le tout hôpital (l'asile) et le soin dans la communauté. Mais les unités de soins sont restées imperméables, laissant venir à elles patients et familles, et le dispositif de secteur a atteint sa limite, comme si les murs de l'asile se retrouvaient aux périmètres des unités des soins du secteur. En 1996, S. Kannas dresse le constat que « les logiques d'équipement, de bunker ou de fief viennent occulter les objectifs de santé publique. ³⁶¹ » Une plus grande perméabilité doit être trouvée pour favoriser l'accès aux soins, sortir de l'institution et mieux « infiltrer » la communauté afin de répondre aux besoins de ceux qui ne peuvent se déplacer dans ces espaces de soin psychique. G. Bleandonu y voit une nouvelle mutation : « je fais partie de ceux qui croient que nous sommes entrés dans une nouvelle période avec les années quatre-vingt-dix. Je n'hésite pas à parler "d'un après-secteur" non pas dans le sens d'un abandon mais d'un renouvellement profond. ³⁶² » C. Quétel qualifie lui cette dernière période d'« atomisation de la psychiatrie ³⁶³ ». Ce mouvement d'ouverture ne va pas sans inquiétude. H. Ey s'en est déjà préoccupé, puis G. Lantéri Laura : « la pratique psychiatrique tend à se trouver sollicitée dans des champs de plus en plus périphériques, où d'ailleurs sa pertinence nous paraît bien discutable, car au nom de quel savoir présumé serions-nous capables de donner un avis techniquement fondé sur l'aptitude à l'adoption, le conseil conjugal ou le risque de

³⁶¹ Kannas S. *Le secteur pour quoi faire ?* Actualité et dossier en santé publique, N° 15, juin 1996, p. 15

³⁶² Bleandonu G. L'accueil thérapeutique à temps partiel, perspectives générales, NERVURE, tome XII, n° 7, octobre 1999, p. 19

³⁶³ Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 539

*récidive ?*³⁶⁴ » En même temps que le dispositif psychiatrique touche une nouvelle fois une limite, il s'interroge sur les siennes : jusqu'où aller ?

Si le secteur touche à sa limite, certains psychiatres affirment qu'« *il va bien falloir chercher des solutions plus complexes, ce qui, dans le cas du secteur, implique d'entrer dans une logique de réseau : partager les tâches, répartir les prises en charge entre médecine générale et psychiatrie, entre psychiatrie publique sectorisée et psychiatrie publique non sectorisée (associative ou universitaire), entre psychiatrie publique et psychiatrie privée, et même entre univers sanitaire et univers médico-social.*³⁶⁵ » Les facteurs contribuant à cette évolution sont nombreux, mais les principaux sont les évolutions du contexte social, de la demande et des concepts de soins. La rupture est, comme toujours, progressive mais probablement plus difficile à appréhender compte tenu du manque de distance historique.

La demande en soins psychiatriques se diversifie et augmente jusqu'à l'explosion. Par exemple, en 25 ans, la demande a doublé de 3000 à 6000 patients dans le secteur du XIII^e arrondissement, pour une population équivalente. En 1992, selon différentes études, 30 à 60 % des patients consultant les services médicaux et chirurgicaux présentent des troubles psychiques³⁶⁶. Les prévisions sur la prévalence des troubles psychiques ne sont guère réjouissantes puisqu'il est prévu qu'environ une personne sur quatre connaîtra des problèmes psychiques pour lesquels il lui faudra consulter, voire une personne sur trois selon certains experts : « *les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de life-time prévalence* »³⁶⁷. Les données de l'OMS montrent que « *selon les enquêtes réalisées dans des pays développés et dans des pays en développement, plus de 25 % des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux*

³⁶⁴ Lanteri Laura G. « *L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française* » In *La maladie mentale en mutation – Psychiatrie et société*, Ehrenberger A. et Lovell A.M. sous la dir. éd. Odile Jacob, 2001, note 499, Cité par Quézel C. *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris 2009, p. 574

³⁶⁵ Chiland C. Bonnet C. Braconnier A. sous la dir. *Le souci de l'humain, un défi pour la psychiatrie*, Erès, Toulouse, 2010, p. 431

³⁶⁶ Vulser Hélène, *La psychiatrie de liaison : définition, historique, objectifs, organisation et principes de fonctionnement*. Mini Mémoire DES Psychiatrie, Rennes 2009, p. 16

³⁶⁷ Rouillon F. *Épidémiologie des troubles psychiatriques*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2009, Volume 166, p. 63-70

*ou du comportement au cours de leur vie.*³⁶⁸ » L'office fédéral (suisse) de la statistique donne les mêmes chiffres : « *on observe, comme dans toutes les sociétés et dans toutes les cultures, une forte proportion (28.4 %) de personnes exprimant à des degrés divers une souffrance psychique importante.*³⁶⁹ » La psychiatrie a de beaux jours devant elle mais aussi un immense défi pour répondre à cette demande et faire financer cette réponse.

Le modèle du secteur s'est construit principalement à partir du soin aux patients psychotiques qui engorgeaient les hôpitaux psychiatriques. La convergence de l'approche psychanalytique et l'apport des neuroleptiques ont permis cette évolution du soin dans la communauté. Mais en entrant dans la communauté, la psychiatrie s'est d'une part destigmatisée, et a d'autre part capté – ou s'est fait capturer par – d'autres besoins. La déstigmatisation a contribué à l'augmentation de la demande en rendant la maladie psychique moins « honteuse ». La médiatisation de la folie contribue à la faire rentrer dans l'opinion publique par des ouvrages à succès (Gentis, Foucault, Goffmann, Szasz, Cooper, Laing etc.) ou des films (*Regards sur la folie, Titicut follies, Vivre à Bonneuil, Une semaine sans raison*, etc.) La proximité des familles et leur collaboration a ouvert un nouveau champ de soin avec le traitement familial qui a pris son véritable essor à ce moment. Ainsi, le seul objet du soin n'est plus l'individu, mais aussi la famille avec les approches systémiques et psychanalytiques : « *ce n'est plus le malade qu'il s'agit désormais de psychiatriser mais la famille, et la société, cette société déshumanisée que dénoncent les contestataires des sixties.*³⁷⁰ »

La psychanalyse comme référence principale commence à perdre sa place hégémonique. Les débats de chapelles entre les partisans des traitements individuels et familiaux commencent à l'instar des confrontations entre partisans des traitements hospitaliers ou ambulatoires. Lorsque dans les années quatre-vingt, systémiciens et psychanalystes élaborent le traitement intégré, « œcuménisme des soins³⁷¹ » conciliant les deux approches, se développent en parallèle les thérapies cognitivo-comportementales, alimentant à leur tour de nouveaux débats parfois très virulents, à l'instar de la

³⁶⁸ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html> Consulté le 4.01.2012

³⁶⁹ Office fédéral de la statistique : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=523> consulté le 4.01.2012

³⁷⁰ Quétel C. *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris 2009, p. 514

³⁷¹ Quétel C. *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris 2009, p. 581

publication du *Livre noir de la psychanalyse*³⁷². De son côté, la psychiatrie biologique progresse et élabore de nouvelles substances, son lobby est très puissant, les enjeux financiers substantiels. Pour en montrer la portée, il faut noter que l'industrie pharmacologique participe au financement des travaux du fameux *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et qui fait référence. Le conflit se déplace des chapelles théoriques aux traitements les plus économiques. « *La psychiatrie s'est faite plurielle. Diversifiant ses approches, mais aucune ne rendant compte, quoi qu'elle prétende, de la totalité du champ. L'éclectisme prévaut désormais [...] L'approche biologique est loin d'avoir tenu ses fracassantes promesses* ³⁷³ ». Cependant, cette tendance reste majoritaire et très influente.

Les traitements ambulatoires de crise offrent une nouvelle alternative à l'hospitalisation classique. C'est le concept de soins qui est à l'origine de cette stratégie. L'idée est de considérer le moment de crise comme une opportunité de changement et d'éviter l'hospitalisation pour mobiliser le patient et son entourage³⁷⁴. L'hospitalisation dans ces cas est plutôt considérée comme une résistance au traitement et au changement³⁷⁵. Déjà entre 1964 et 1969, D. G. Langsley avait montré à Denver l'efficacité de cette approche. En installant son équipe à l'entrée de l'hôpital psychiatrique, il voyait toutes les entrées avec leur famille pour poser une indication entre ceux qui nécessitaient une hospitalisation et ceux qui pouvaient être soignés par un traitement de crise ambulatoire. Son équipe a pu prendre en charge 60 % des patients qui arrivaient à l'hôpital avec des résultats mesurés. En effet, les patients pris en charge ambulatoirement ont montré un plus faible taux de réhospitalisation que ceux soignés à l'hôpital³⁷⁶. Cette stratégie thérapeutique s'est développée en Europe dès les années 1980, en Belgique, en Suisse à Genève et à Nant et Lausanne dans le canton de Vaud. En France, cette approche thérapeutique ne s'est déployée que dans le secteur du XIII^e à Paris.

³⁷² Meyer C. sous la dir. *Le Livre noir de la psychanalyse*, 2005, Paris, Les Arènes

³⁷³ Quétel C. *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris 2009, p. 557

³⁷⁴ Andreoli A. Lalive J. Garrone G. *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Simep, Lyon, 1996 ; De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, université De Boeck, Paris Bruxelles, 1997 ; Coulon N. de, *La crise, Stratégie d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, Gaëtan Morin Ed. Montréal, Paris, 1999.

³⁷⁵ Scott R.D *Traitement barrier*, Part 1 and 2, Br. J. Med. Psychol. N° 46 : 1973, pp 45-67

³⁷⁶ Coulon N. de, *De la consultation psychiatrique à l'intervention de crise*, Gazette médicale, Zürich, 1986, N° 66/6, pp 66-69

En même temps que la demande augmente, les lits d'hospitalisation diminuent drastiquement. La volonté de désinstitutionnalisation de la psychiatrie a de nombreux impacts qui modifient les pratiques tant hospitalières qu'ambulatoires et nécessitent de trouver de nouvelles stratégies thérapeutiques. Depuis les années soixante, la diminution des lits varie entre 50 à 80 % dans les pays industrialisés³⁷⁷. Aux États-Unis, en plus de la pression sur l'hospitalisation, « *en 1980, les crédits fédéraux finançant la psychiatrie communautaire sont coupés tandis que le remboursement des soins psychiatriques de longue durée n'est plus assuré.* »³⁷⁸ Dans le canton de Vaud, on passe de 1,7 lits pour 1 000 habitants (tous âges confondus) en 1980, à 0,7 en 2006, la moyenne suisse étant de 1,1 selon l'OMS en 2008. Ainsi, la durée moyenne des traitements hospitaliers se raccourcit énormément et les réhospitalisations deviennent fréquentes, c'est le problème symptôme de la « porte tournante », bien connu en psychiatrie, d'entrées et sorties à répétition des patients. De plus, nombre de patients « désinstitutionnalisés » se retrouvent à la rue, en rupture ou incapables d'intégrer une filière de soins ambulatoire. Les établissements doivent trouver de nouvelles stratégies thérapeutiques qui se concrétisent par les équipes mobiles et les soins dans le milieu.

Devant ce constat se développe d'abord dans les pays anglo-saxons une nouvelle approche communautaire visant le maintien dans la communauté, la prévention des rechutes et des réhospitalisations, l'amélioration de la vie quotidienne ainsi que la satisfaction des prestations des soignants. Cette approche consistant à aller à la rencontre des patients dans leur milieu naturel est communément appelée « suivi intensif dans le milieu en équipe » (SIME). Elle a été développée par Stein et Test dans les années 1980 aux États-Unis (Wisconsin) et a fait l'objet d'une recherche qui atteste de son efficacité³⁷⁹. Cette nouvelle stratégie soignante fait partie du plan de transformation des services de santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en 1998. La volonté d'économie de cette démarche est aussi démontrée. Ce mouvement est très suivi, il préfigure le modèle des équipes mobiles dont l'activité soignante ne se dispense plus dans un lieu de soins mais dans la communauté. Il en est de même pour les programmes de détection précoce des troubles psychotiques, à l'exemple du Traitement et

³⁷⁷ Szmukler G. Holloway F. In-patient treatment. In Thornicroft G. Szumckler G. editor. *Textbook of community Psychiatry*. Oxford : Oxford university Press, 2001, p. 321-37

³⁷⁸ Quérel C. *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris 2009, p. 549

³⁷⁹ Stein, L. I. and M. A. Test. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980, 37(4): 392-39

intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques (TIPP) à Lausanne³⁸⁰, qui cherche à se faire dans la communauté pour être plus accessible. L'espace du soin évolue, la perméabilité des unités de soins s'opère et rejoint la communauté.

Le travail en réseau se pose comme une évolution irrémédiable. « *Au-delà d'une modernisation et d'un progrès de la science médicale, c'est une conception nouvelle de la prise en charge des malades qui se développe.* »³⁸¹ Il correspond à la convergence d'intérêts cliniques et économiques. La logique clinique tend vers une politique de travail de réseau de par la nature du soin (pluri intervenants nécessaires), son organisation en termes de trajectoire (décloisonnement) et le souci de rechercher une certaine rationalisation des soins visant une volonté d'économie (diminution de la duplication des examens ou informations cliniques, coordination). L'institution en réseaux « *correspond à une nouvelle démarche qui tente d'opérer une rupture dans notre modèle traditionnel de gestion de structure d'offre en soins.* »³⁸² Cette organisation s'inspire des expériences développées aux Etats-Unis dès 1973 : *managed care* et *Health maintenance organisation* (HMO). Nous retrouvons dans ce modèle en réseau une organisation proche des premiers dispositifs anti-tuberculeux mis en place en France au début de la première guerre mondiale. Le réseau fait école pour la lutte contre les fléaux sociaux : alcoolisme, toxicomanie, maladies vénériennes etc., et la maladie mentale. En France, la circulaire de mars 1972 propose un réseau institutionnel pour le secteur psychiatrique. En 1983, la loi encourage le développement des Réseaux de soins coordonnés (RSC). Le schéma ci-dessous en retrace l'évolution³⁸³.

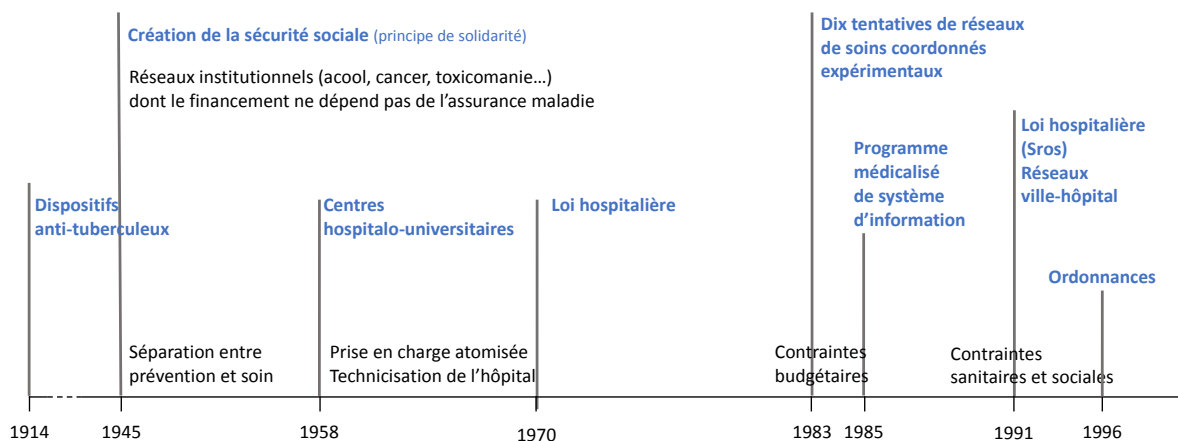
³⁸⁰ <http://www.info-schizophrenie.ch/wp-content/uploads/091103-Flyer-TIPP.pdf> consulté le 4.01.2012

³⁸¹ Haut Conseil de la santé publique, *Réseaux de santé et filières de soins*, ADSP Actualité et dossier en santé publique N° 24 sept. 1998, p.15 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11>

³⁸² Haut Conseil de la santé publique, *Réseaux de santé et filières de soins*, ADSP Actualité et dossier en santé publique N° 24 sept. 1998, p.12 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11>

³⁸³ Haut Conseil de la santé publique, *Réseaux de santé et filières de soins*, ADSP Actualité et dossier en santé publique N° 24 sept. 1998, p.14 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11>

Figure 10 : Brève histoire des réseaux



En Suisse, dans le canton de Vaud, la loi sur les réseaux est votée en janvier 2007³⁸⁴, mais les Nouvelles orientations en politique sanitaire (NOPS)³⁸⁵ avaient ouvert la voie dès 1998 : chaque institution sanitaire du service public doit intégrer un réseau de soins. Ainsi, chaque établissement psychiatrique est intégré dans un réseau régional. Le réseau psychiatrique primaire à l'intérieur de l'institution favorisait la trajectoire psychiatrique. Avec les réseaux, c'est la trajectoire globale qui doit être assurée par une collaboration accrue et concertée de tous les acteurs et un décloisonnement institué. Il s'agit de composer avec tous les acteurs concernés et non seulement avec ceux de la psychiatrie. Le travail devient encore plus complexe. « *L'émergence des réseaux traduit un mouvement qui pourrait remettre en cause les fondements mêmes de l'organisation des soins.* »³⁸⁶

L'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine somatique et l'expansion des maladies chroniques ainsi que les comorbidités contribuent à l'augmentation d'une demande spécifique en soins psychiatriques. Cette demande transite par les professionnels des établissements confrontés dans leur pratique aux problèmes psychiatriques (hôpitaux, lieux d'hébergement, de détention, foyers socio-éducatifs, centre de soins à domicile etc.). La psychiatrie de liaison tente de s'occuper autant des patients hospitalisés ou hébergés dans d'autres institutions que de l'équipe soignante. Une fois de plus, la pratique n'est pas nouvelle, mais l'ampleur de son essor l'est. Ses débuts remontent à 1902 aux États-Unis à l'Albany Hospital par des consultations pour

³⁸⁴ http://www.arcosvd.ch/files/arcos_loi_reseaux_30.01.2007.pdf

³⁸⁵ http://www.ssp.vd.ch/Annuaire/Contenu_html/index.html

³⁸⁶ Haut Conseil de la santé publique, *Réseaux de santé et filières de soins*, ADSP Actualité et dossier en santé publique N° 24 sept. 1998, p.17 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11>

les services de chirurgie et de médecine. Le premier article de référence est publié en 1929 par Henry : « *Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital* ». En 1934, l'hôpital Rockefeller ouvre cinq unités de psychiatrie de liaison, et en 1941, Billings montre l'intérêt économique de cette activité qui ne cesse de se développer dans le monde anglophone. La Suisse fait œuvre de pionnier en Europe : dès 1960, le Prof. P.B. Schneider ouvre à Lausanne la première unité de psychiatrie de liaison, suivie par celle du Prof. Garrone à Genève. En France, il faut attendre 1975 pour que le premier service ouvre à Paris à l'hôpital Broussais³⁸⁷.

La pratique de la liaison psychiatrique s'inspire beaucoup des travaux de M. Balint, psychanalyste et spécialiste de la relation thérapeutique. Il a créé les fameux « groupes Balint » pour aider les médecins généralistes à comprendre et gérer leurs relations avec leurs patients. R. Zumbrunnen définit la psychiatrie de liaison comme « *la partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales.* »³⁸⁸ Les objectifs de la psychiatrie de liaison sont doubles : offrir des consultations aux patients et aider les équipes soignantes dans l'accompagnement de ces patients. La compréhension des enjeux relationnels permet d'éviter le rejet de ces patients et la maltraitance, et elle augmente leurs compétences. Là encore, les intervenants psychiatriques sortent de leur espace pour aller dans d'autres institutions. La pratique psychiatrique dans ce cas est hors mur, c'est la compétence psychiatrique qui devient mobile.

L'éternelle question des coûts, présente depuis le début de la psychiatrie, trouve un nouveau visage. Il s'agit d'abord de financer les soins dont la demande explose. Si la clinique doit inventer de nouvelles stratégies pour traiter la demande, le financement n'est pas en reste. Dès les années quatre-vingt, le souci économique inaugure une nouvelle exigence : démontrer les résultats des prestations de manière à la fois quantitative et qualitative. Alors que les pressions économiques précédentes étaient basées presque exclusivement sur les budgets ou les coûts des journées d'hospitalisation qui représentaient la majeure partie des dépenses de psychiatrie, le financement de la

³⁸⁷ Vulser Hélène, *La psychiatrie de liaison : définition, historique, objectifs, organisation et principes de fonctionnement*. Mini Mémoire DES Psychiatrie, Rennes 2009

³⁸⁸ Zumbrunnen R. In Vulser Hélène, *La psychiatrie de liaison : définition, historique, objectifs, organisation et principes de fonctionnement*. Mini Mémoire DES Psychiatrie, Rennes 2009, p. 3

psychiatrie évolue, comme celui des autres prestations médicales, d'un budget global au financement par prestations.

Ce mode de financement fait écho au nouveau concept de la psychiatrie américaine qui, à travers les récentes versions de son manuel de diagnostic psychiatrique, le fameux DSM, fait disparaître la notion de maladie au profit de celle de troubles. Cette approche s'occupe dorénavant exclusivement des symptômes et les traitements deviennent prioritairement médicamenteux car réputés meilleur marché que les psychothérapies, ce qui n'est par ailleurs pas prouvé, ni sur l'efficacité, ni sur les coûts, la psychothérapie étant un des traitements médicaux le plus efficace, même comparée aux traitements médicamenteux en médecine somatique ³⁸⁹. Les nouvelles formes de psychothérapies cognitivo-comportementales sont orientées vers l'amendement symptomatique et des traitements de courte durée ; certains affirment pouvoir traiter la dépression en vingt séances. Faut-il rappeler que les firmes pharmaceutiques ont financé en partie des recherches pour l'élaboration du DSM ? Cependant, les résultats des recherches montrent clairement les limites des traitements biologiques s'ils sont appliqués seuls. Les traitements associés ou bifocaux, c'est-à-dire des traitements biologiques associés à une psychothérapie, ont fait leur preuve. J. Hochmann appelle « l'âge économique » de l'histoire de la psychiatrie³⁹⁰ ce lien entre les traitements orientés sur la disparition du symptôme et un financement fondé sur la prestation plutôt que sur un processus thérapeutique global. La tendance lourde dessine une psychiatrie dans laquelle la maladie disparaît au profit de symptômes à amender, sans lien avec l'histoire du sujet. Les services psychiatriques s'organisent en vertu des symptômes (spectre de la schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles alimentaires ou encore troubles de la personnalité etc.) et de programmes de soins spécifiquement liés à ceux-ci.

Le mouvement du consumérisme joue également un rôle dans l'évolution des pratiques psychiatriques. Il s'est notamment développé avec l'accès à l'information et la naissance des associations de proches. Leurs actions auprès des institutions psychiatriques ont pesé dans l'évolution de ces dernières en termes de pratiques et d'information, comme par exemple l'association des parents d'autistes en France contre la pratique du packing : le

³⁸⁹ <http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp-chuvmagazine-hiver2013-p22-23.pdf> consulté le 17.07.2016 ; Zimmermann G. de Roten Y. Despland J. N. *Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie*, Archive suisse de neurologie et psychiatrie, N° 159, 3 /2008, pp. 119-126.

³⁹⁰ Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 2004, p. 118

Président de Vaincre l'autisme – Léa pour Samy, a déposé en mars 2009 auprès du ministère de la Santé et des Sports, une demande de moratoire sur cette technique psycho-corporelle d'enveloppement thérapeutique. La pertinence des techniques de contention et autres mesures de contraintes a été interrogée, quelquefois avec de très vifs débats. En Suisse, les actions de Pro Mente Sana à Genève ou du Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP) à Lausanne ont beaucoup contribué à l'abandon des contentions physiques de certains hôpitaux psychiatriques cantonaux.

Ce mouvement a contribué aux modifications de lois allant dans le sens d'un plus grand respect de la volonté des patients et de leur entourage. Les associations de patients et proches ont participé aux groupes de travail sur les propositions de modifications des lois. Cette évolution législative est générale dans tous les pays occidentaux. Les recommandations de l'OMS vont dans ce sens : « *Le principe [légal] de la solution la moins restrictive exige que le traitement soit toujours administré aux personnes dans des milieux qui affectent le moins possible leur liberté personnelle et leur statut et privilèges dans la communauté [...] En pratique, cela signifie qu'il faut promouvoir les traitements au sein de la communauté et ne recourir au milieu institutionnel que dans des circonstances rares. Au cas où le traitement institutionnel s'avère nécessaire, la législation doit encourager l'admission et le traitement volontaires et n'admettre l'admission et le traitement involontaire que dans des circonstances exceptionnelles. La mise en place des centres de traitements communautaires est un préalable à l'application de ce principe.* ³⁹¹ »

La psychiatrie est sortie de ses murs pour s'infiltrer dans la communauté et les institutions. L'espace du soin psychique a quitté l'asile pour s'installer dans des espaces réservés à son exercice dans les unités de soins du secteur psychiatrique avant d'en sortir pour aller vraiment dans la communauté. Ce nouvel espace traduit une nouvelle conception de l'objet de son soin, de son action et de sa stratégie d'action, qui modèle une nouvelle forme d'organisation loin de la gestion hospitalière et traditionnelle. Les partenariats sont désormais incontournables et les modes de financement à la prestation poussent la psychiatrie à faire évoluer son organisation et à s'équiper d'outil de gestion pour assurer sa viabilité.

³⁹¹ OMS : http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_sante_mentale_module.pdf Consulté le 9.01.12

2.5. La psychiatrie pratiquée en Suisse : entre unité fédérale et spécificités cantonales – l'exemple du canton de Vaud

« Est-ce tout à fait un hasard si la seule nouveauté (entre-deux-guerres) apparaît dans le seul pays resté à l'écart des hostilités, la Suisse ? »

J. Postel & C. Quétel

En ce qui concerne l'histoire de la psychiatrie, la Suisse suit le même mouvement que les autres pays européens depuis le début du XIX^e siècle. Cependant, l'organisation en confédération fait que chaque canton organise ses propres institutions et, compte tenu de leur taille limitée, il n'existe pas de très grand établissement psychiatrique, ce qui constitue une sorte de « sectorisation avant la lettre » selon la formule de C. Müller³⁹². De nombreux établissements privés ont été ouverts avant la seconde guerre mondiale, mais n'ont pas survécu. À titre d'exemple, le canton de Vaud en comptait six avant le dernier conflit mondial et n'en dénombre plus qu'un seul actuellement. Le placement familial a eu un succès certain depuis le début du XX^e siècle, mais après la seconde guerre mondiale, ce sont davantage des foyers, des ateliers protégés et des centres de jour qui sont créés. L'enseignement helvétique de la psychiatrie a la particularité d'être assuré par les médecins directeurs des hôpitaux cantonaux. Contrairement à la France, neurologie et psychiatrie ont toujours été séparées en Suisse. La chaire de psychiatrie s'ouvre en 1889 à Lausanne. Les formations spécialisées pour les infirmiers se mettent en place plus tardivement dans les années 1940. La psychanalyse a été rapidement et bien accueillie, notamment à Zurich avec E. Bleuler et en Romandie par R. de Saussure et C. Odier. Le premier dispensaire européen a été ouvert à Zurich et les autres villes suisses ont suivi cet exemple. Ce premier temps des traitements psychiatriques en dispensaire a amorcé un mouvement de rivalité entre les hospitaliers et les ambulatoires, conflit chronique dont les remous sont encore perceptibles.

Dans ce mouvement fédéral, chaque canton a élaboré sa propre politique sanitaire et mis en place ses développements régionaux. Pour situer la Fondation de Nant dans son contexte historique, nous allons nous intéresser à l'histoire de la psychiatrie vaudoise

³⁹² Müller C. In *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, sous la dir. Postel J. Dunod, Paris, 1994, p. 616

bien documentée dans un rapport établi par le Service de Santé Publique à l'occasion du bilan de la politique de sectorisation psychiatrique en 1983³⁹³.

La psychiatrie vaudoise débute avec la nomination en 1805 d'une « *commission des établissements de détention et des secours publics* », qui a charge « *de tout ce qui a rapport aux maisons de force, de détention, de correction et de discipline et autres établissements du genre [...] Elle dirigera et surveillera les établissements*³⁹⁴ » De 1805 à 1810, les aliénés sont internés dans l'hôpital de Lausanne. Le décret du 18 mai 1810 porte sur la création « *d'un hospice cantonal, [d']une maison d'aliénés et [d']un établissement pour les incurables*³⁹⁵ ». Il se situe en face de l'hôpital sur le domaine du Champ de l'Air et accueille les cinquante premiers malades l'année suivante. Le canton de Vaud a dorénavant son espace dédié aux soins de la folie.

En 1835, une commission est nommée pour étudier le projet d'un nouvel hospice. Ce n'est qu'en 1867, alors que la maison d'aliénés est en surcapacité avec 180 personnes, que le Département de l'Intérieur propose de créer un établissement sur le domaine de Cery avec « *des installations permettant l'application de traitements appropriés aux divers genres et divers degrés de maladie.*³⁹⁶ » Au début du XX^e siècle, Cery compte 483 patients. Son appellation officielle est « asile d'aliénés de Cery » jusqu'en 1948, où il devient l'hôpital psychiatrique et universitaire de Cery.

Entre-temps en 1857, la clinique privée La Métairie a vu le jour à Nyon ; il s'agit de la seule clinique psychiatrique privée vaudoise encore existante aujourd'hui sans mandat de santé publique, contrairement à la Fondation de Nant, même si la clinique de la Métairie a accepté récemment un mandat de santé publique pour quelques lits seulement compte tenu de l'engorgement des hôpitaux psychiatriques vaudois. En 1929, une autre clinique privée s'ouvre avec le Dr Oscar Forel qui quitte la Métairie : la clinique privée Les Rives de Prangins.

En 1889 s'ouvre la chaire de psychiatrie à la faculté de médecine de Lausanne nouvellement créée. C'est le Dr Rabow qui est nommé professeur de psychiatrie³⁹⁷.

³⁹³ *La psychiatrie publique vaudoise*, Service de la Santé Publique (SSP), doc. interne, Lausanne, 1983

³⁹⁴ Arrêté du 5 novembre 1805, Le petit Conseil du canton de Vaud

³⁹⁵ Décret du 18 mai 1810 du Gouvernement de Canton de Vaud

³⁹⁶ Recueil de lois et décrets et autres actes du Gouvernement de canton de Vaud, 1867

³⁹⁷ Rappelons que la faculté de psychiatrie ne s'est automatisé en France qu'en 1968 ; elle était précédemment intégrée dans la faculté de neurologie.

En parallèle, une série de loi structure le secteur. En 1895, un projet de « loi fédérale sur la protection des aliénés » est publié par la Société des médecins aliénistes suisses. En 1900, à Lausanne, est fondée la Société de patronage des aliénés et un an plus tard, le Grand Conseil vaudois vote la 1^{ère} loi « sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales ». Cette loi poursuit trois buts essentiels :

1. *« Protéger les malades quant à leur personne et quant à leurs biens et leur procurer les soins que nécessite leur état ;*
2. *Empêcher les malades de nuire à autrui et sauvegarder par là la sécurité et l'ordre public ;*
3. *Garantir la liberté individuelle de toutes les personnes dont l'état mental ne justifie pas des mesures restreignant cette liberté.* ³⁹⁸ »

Les placements familiaux à la campagne sont autorisés par décret du Grand Conseil en 1904. En 1928, la loi de 1901 est complétée par des dispositions sur la stérilisation des malades et des infirmes mentaux. En 1939, Le Grand Conseil adopte une deuxième loi « sur les malades mentaux et autres psychopathes ». Cette loi souligne les progrès de la psychiatrie : *« la loi du 14 février 1901 pèche essentiellement en ce qu'elle fut élaborée à un moment où l'on ne faisait pas les distinctions que l'on fait aujourd'hui, où l'on traitait à peu près de la même manière – et de sommaire façon – le gros des malades mentaux, où l'on considérait un peu la psychiatrie comme la cousine pauvre de la médecine. Ces temps sont révolus.* ³⁹⁹ » Effectivement, la psychiatrie a fait des progrès qui vont se manifester l'année suivante à Cery avec l'introduction des électrochocs... En 1941, le Grand Conseil vote une loi « sur l'internement administratif d'éléments dangereux pour la société », ainsi qu'une loi « sur l'internement administratif des alcooliques. »

Au niveau des pratiques, les premières consultations ambulatoires voient le jour en 1913. Elles se font dans le cadre de la polyclinique de l'hôpital cantonal qui est un hôpital somatique. En 1920, l'État rachète l'hôtel des Bains de Gimel pour accueillir les malades chroniques de Cery. L'année suivante, Cery engage un psychanalyste comme interne. De nouvelles pratiques sont développées : en 1924, la malaria-thérapie est introduite ; en 1929, les cures de Sakel (traitement par coma insulinique) ; en 1948, la lobotomie

³⁹⁸ Loi sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales, 1901

³⁹⁹ Loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes In *La psychiatrie publique vaudoise*, Service de la Santé Publique (SSP), document interne, Lausanne, 1983, p.23

préfrontale. C'est aussi l'année de l'autonomisation des consultations psychiatriques ambulatoires qui quittent la polyclinique médicale universitaire pour de nouveaux locaux (à la rue Caroline 5). En 1953, les premiers médicaments psychotropes sont introduits à Cery. Mais on ne s'occupe pas seulement de traitements médicamenteux, en 1956, s'organise le premier symposium sur la psychothérapie de la schizophrénie à Cery.

En ce qui concerne les enfants, l'hospice de l'enfance fonde « le Bercaïl » en 1938 pour accueillir les enfants avec des troubles psychiques. L'Office médico-pédagogique vaudois, OMPV, est créé par le Dr Lucien Bovet en 1942 ; cet office est rattaché au Service de la protection pénale dépendant du Département de justice et police. Il est chargé du suivi ambulatoire des enfants psychiquement perturbés, ancêtre de la pédopsychiatrie, ce qui est une grande avancée pour le traitement des enfants. Leurs consultations de Montreux et d'Yverdon ouvrent en 1945.

En 1943, la famille Monney et les sœurs Frühinsholz (Oenhinger) ouvrent la maison Le Génévrier à Saint Légioir. Cette initiative privée s'adresse aux « *plus déshérités de leurs frères, les malades mentaux* ⁴⁰⁰ » par une approche empreinte de valeurs chrétiennes et d'humanisme. Rapidement, un agrandissement est nécessaire et en 1946, les fondateurs acquièrent l'Étoile du Matin à Jongny, une grande maison de maître qui leur permet d'augmenter leur capacité d'accueil. En 1951, ils achètent la propriété de Nant à Corsier et vendent le Génévrier. Cette œuvre s'agrandit pour devenir la Fondation de Nant en 1961.

En 1956, la loi de 1920 organisant l'asile de Cery est révisée. En effet, de nombreux conflits entre l'administration et le service médical ont provoqué de fréquentes démissions de directeurs. En 1948, une sous-commission de gestion s'interroge sur la meilleure manière d'organiser la direction. La loi de 1956 entend régler ce problème. Le débat est très intéressant et pose les éternelles questions de la compétence nécessaire pour occuper le poste de directeur :

« Il se pourrait en effet qu'un médecin ne convienne pas comme directeur général de l'établissement et qu'on lui préfère pour assumer cette fonction, un bon administrateur [...] La politique générale d'un hôpital psychiatrique fait partie du programme thérapeutique. Seul, le médecin directeur est capable d'assurer la

⁴⁰⁰ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, Fondation de Nant, juin 1967

coordination des efforts de tous les services en vue d'une psychothérapie collective [...] il se pourrait qu'un médecin qui aurait les plus grandes capacités [...] n'ait ni les aptitudes ni le goût pour assumer une responsabilité administrative très importante.⁴⁰¹ »

La position du médecin directeur l'emporte et la loi décrète que « *la direction de l'asile des aliénés de Cery est confiée à un médecin portant le titre de directeur.* ⁴⁰² » Mais le conflit n'est pas réglé de manière définitive, et en 1969, l'État promulgue un arrêté réglant les compétences respectives des médecin directeur et administrateur de Cery.

En 1958, la policlinique psychiatrique se détache de Cery et devient indépendante médicalement, mais reste administrativement rattachée à l'hôpital de Cery. Elle est placée sous la direction du professeur de la policlinique psychiatrique et de psychologie médicale. Cette décision marque un tournant avec l'autonomisation de l'ambulatorio face à l'hospitalier. Si l'ambulatorio a étendu le périmètre de la psychiatrie en complétant les traitements uniquement hospitaliers, son « indépendance » pousse au développement d'une logique propre : les conflits entre hôpital et ambulatorio vont connaître de beaux jours qui ne faciliteront pas la gestion en général et la gestion clinique en particulier.

La Fondation de Nant est créée en 1961, année d'ouverture de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et infirmiers en psychiatrie sise sur le site de Cery où est engagée la première ergothérapeute. Deux ans plus tard, l'hôpital de psychogériatrie de Prilly s'ouvre sur le même site de Cery. À ce moment se pose la question d'une décentralisation des hospitalisations psychiatriques qui préfigure la politique de secteur. En 1964, le centre psychosocial ouvre à Lausanne et l'État reprend l'exploitation de la clinique Bellevue à Yverdon dans le Nord vaudois, puis l'année suivante il la rachète dans la perspective « *du principe nouveau de la sectorisation* » qui est formulé dans l'exposé des motifs en 1965. Le premier foyer protégé « Les Terrasses » s'ouvre en 1966, il s'agit d'une alternative à l'hospitalisation.

En 1967, le Grand Conseil adopte le plan hospitalier cantonal. La psychiatrie vaudoise est organisée sur le modèle de la sectorisation : quatre secteurs sont prévus « *qui devront être*

⁴⁰¹ Présentation du projet de loi organisant l'asile cantonal des aliénés de Cery au Grand Conseil du canton de Vaud, 1956

⁴⁰² Loi organisant l'asile cantonal des aliénés de Cery, au Grand Conseil du canton de Vaud 1956

autonomes les uns par rapport aux autres ⁴⁰³ ». Une commission de coordination présidée par le médecin cantonal est chargée de mettre en place les équipements prévus par le plan hospitalier. Pour finaliser sa politique de secteur, l'État rachète la clinique des Rives de Prangins qui devient l'hôpital psychiatrique de Prangins et fait office d'hôpital du secteur ouest vaudois. L'année suivante la Fondation de Nant inaugure sa nouvelle clinique et passe une convention avec l'État pour assurer le rôle d'hôpital psychiatrique du secteur Est, tout en conservant son caractère privé. Le secteur Ouest commence son activité de secteur en 1969 et ouvre une polyclinique à l'hôpital de Nyon l'année suivante. En 1973, le secteur Est débute à son tour son activité : il comprend la Clinique de Nant, le centre psychosocial de Montreux, l'antenne pédopsychiatrique et la consultation de psychogériatrie. Le secteur Nord commence également son activité et comprend l'hôpital de Bellevue, le Centre PsychoSocial (CPS) et l'antenne de l'OMSV.

En 1969, l'hôpital de l'enfance à Lausanne ouvre un hôpital de jour. En 1970, l'OMSV est rattaché au service de la santé publique et devient le service universitaire de la psychiatrie infantile. Le Conseil d'État crée la chaire universitaire de pédopsychiatrie en 1973.

Les alternatives à l'hospitalisation commencent à se développer. En 1969, un centre de jour pour adulte est créé à Lausanne. Un garde médical est instauré pour l'ambulatoire, ce qui est un signe très fort de l'importance de cette activité. En 1973, les premiers appartements protégés et l'hôpital de jour psychogériatrique ouvrent à Lausanne.

En 1978, l'État élabore un règlement sur l'organisation hospitalière cantonale qui fixe la répartition des équipements, l'organisation et la direction des quatre secteurs psychiatriques. Le Centre thérapeutique pour adolescent (CTA) s'ouvre sur le site de Cery en 1979, année où la Fondation de Nant inaugure sa nouvelle clinique. En 1980, le service de psychogériatrie du secteur centre se transforme en service universitaire de psychogériatrie. L'année suivante s'ouvre le centre de jour du secteur est vaudois, fruit de la collaboration entre le Centre PsychoSocial de Montreux et la Clinique de Nant.

En 1981, la crise économique contraint le département de l'intérieur et de la santé publique à un moratoire des ressources affectées à la psychiatrie publique. Une vaste réflexion s'ouvre sur la psychiatrie vaudoise pour définir les options pour son avenir. À cet effet, en 1983, le service de la santé publique publie un document : « *La psychiatrie*

⁴⁰³ Projet de décret, Grand Conseil du canton de Vaud, 1967

publique vaudoise : situation actuelle et évolution possible » Deux ans plus tard, le Conseil d'État bloque les effectifs du personnel d'État pour 1984.

Suite aux réflexions sur la psychiatrie publique, le service de santé publique propose à la Fondation de Nant de reprendre les structures de l'État dans l'est vaudois pour en faire une seule entité privée. La Fondation de Nant devient le secteur psychiatrique de l'Est vaudois en 1985. C'est donc une réflexion issue de problèmes économiques qui pousse l'État à proposer à la Fondation de Nant de devenir le secteur psychiatrique de l'Est vaudois. Elle ouvre son centre d'intervention thérapeutique (centre ambulatoire de crise) l'année suivante. En 1988, elle ouvre son centre thérapeutique de jour pour enfant.

En 1990, l'État prend la décision de regrouper les institutions d'État et l'opérationnalise en 1991 en créant le service des hospices cantonaux (SHC). La loi sur les hospices cantonaux est votée en 1993 ⁴⁰⁴. Cette même année, la Fondation de Nant ouvre le centre de psychogériatrie de Vevey et d'Aigle. En 1997, le secteur centre ouvre sa consultation spécialisée pour toxicodépendants et Nant ouvre la sienne l'année suivante. Le secteur psychiatrique centre (DUPA, département universitaire de psychiatrie adulte) s'organise par filière spécialisée (par pathologies) sous la direction du Prof. François Borgeat en 1998. Peu après, se préparent les premières expériences de mise en place d'un suivi intensif dans le milieu sous l'impulsion du Prof. Philippe Conus⁴⁰⁵. En 2000, Nant est certifié ISO 9001-2000 pour l'ensemble de l'institution.

Cette partie historique a permis de situer l'histoire de la Fondation de Nant dans le contexte plus large de l'histoire de la psychiatrie en général et dans le canton de Vaud en particulier. Si la trajectoire de Nant débute un siècle et demi après celle de la psychiatrie, de nombreux points communs mais aussi des différences se dessinent néanmoins entre ces deux histoires en miroirs les unes des autres. Le chapitre qui suit vise, dans cette perspective, à mettre en perspective et à faire dialoguer ces deux histoires pour en dégager plus précisément et explicitement les points de convergence et de divergence.

⁴⁰⁴ LOI sur les Hospices cantonaux (LHC) du 16 novembre 1993

<http://www.lexfind.ch/dtah/15076/3/print-810.11.pdf>

⁴⁰⁵ Conus P. et coll. *Le Soutien psychiatrique Intensif dans le Milieu (SIM) à Lausanne, une expérience pilote*, revue médicale de la Suisse Romande, 121, 2001, pp. 475-481

3. Les échos de l'histoire : convergences et divergences

Comment l'histoire de la psychiatrie et celle de Nant se retrouvent-elles et en quoi se différencient-elles ? Que pourrait nous livrer ce dialogue comme éléments pour notre recherche ? En quoi Nant a-t-il contribué à marquer quelque peu, ou pas, cette histoire ?

Quelles forces rapprochent ces deux histoires, quels points les éloignent ? Les fondateurs ont connu la psychiatrie par une expérience personnelle vécue. Ils ont eu chacun un membre de leur famille touché par la maladie mentale et ont fait recours aux institutions en place. Ils en ont expérimenté les forces et les faiblesses. Comme les quakers du XVIII^e siècle en Angleterre, ils n'étaient pas satisfaits des prestations offertes mais, forts de leur foi et encore une fois comme les quakers, ils ont souhaité mettre en place un espace de soins fondé sur les valeurs chrétiennes. Ces valeurs déterminent leur quotidien, ce sont des valeurs réellement incarnées ; les fondateurs sont convaincus de leurs effets bénéfiques sur les personnes et notamment sur les malades mentaux qu'ils souhaitent accompagner.

Ainsi l'histoire de Nant s'inscrit-elle dans le contexte plus vaste de la psychiatrie, à partir d'une histoire vécue qui fait qu'elle ne tombe pas de nulle part : ils ne fondent pas une institution psychiatrique *ex nihilo*, mais bien dans un contexte social précis, celui de la psychiatrie asilaire des années quarante et celui de leurs convictions religieuses. De plus, le contexte familial est déterminant compte tenu des malades mentaux de chaque famille.

Ces éléments peuvent être considérés comme un encastrement au sens de Granovetter.

«... la thèse que nous désignons sous la terminologie de l'« encastrement » affirme que l'on ne peut analyser le comportement et les institutions, sans prendre en compte les relations sociales courantes qui exercent sur eux de fortes contraintes. ⁴⁰⁶ » Il s'agit même d'un

double encastrement : celui de la psychiatrie et celui du réseau chrétien des fondateurs

«... l'action économique est « encastrée » au sein de réseaux de relations personnelles. ⁴⁰⁷ »

Les fondateurs sont liés à la psychiatrie par les membres de leur famille hospitalisés et leur projet de création d'établissement psychiatrique, et d'autre part, par leur réseau chrétien qui va leur amener des clients et des collaborateurs. Pour suivre Ronan Le

⁴⁰⁶ Granovetter M. *Sociologie économique*, Seuil, Paris, 2008, p. 75-6

⁴⁰⁷ Laville J. L. *Encastrement et nouvelle sociologie économique : de Granovetter à Polanyi et Mauss*, Revue Interventions économiques, 38, 2008, p. 2 <https://interventionseconomiques.revues.org/245> consulté le 19.09.2016

Velly⁴⁰⁸, nous trouvons les trois pôles d'encastrement : structurel par les relations, formel par le cadre légal et culturel par le sens donné à l'activité. Ce dernier pôle nous semble le plus important du fait des motivations des fondateurs qui donnent sens à leur projet. « *L'encastrement culturel décrit finalement le rôle des significations collectives dans la formation des objectifs et des stratégies des acteurs du marché.*⁴⁰⁹ » Ces encastnements sont à la fois contraintes car ils cadrent l'action, et ressources car ils la favorisent. À ce titre, les valeurs chrétiennes donnent des limites aux fondateurs sur leur manière de faire, mais en même temps, leur permet de développer une action humaniste auprès des malades psychiatriques. L'encastrement évolue au fil de l'histoire, de l'évolution du contexte et des liens, chaque étape a « son » encastrement.

En fait, les fondateurs, qui ignorent tout de l'histoire de la psychiatrie, vont sans le savoir, soit répéter, soit innover, soit imiter ce que d'autres ont fait avant, ou en même temps, à l'exemple de l'organisation du dispositif soignant en communauté thérapeutique en Angleterre. En effet, après la Deuxième Guerre mondiale, va naître en Angleterre un nouveau dispositif thérapeutique, les communautés thérapeutiques, issu des expériences positives de traitement groupal. Ces communautés s'organisent sur une approche relationnelle et l'idée que la vie communautaire peut être un agent thérapeutique⁴¹⁰.

De ce fait les choix cliniques de Nant dans la professionnalisation ne sont pas anodins, ils relèvent d'une cohérence et d'une continuité avec les valeurs instaurées par les fondateurs.

Quelle psychiatrie Nant a-t-elle choisi de pratiquer et que souhaite-t-elle pérenniser au moment où elle se retrouve sous les feux des projecteurs ? Sur quels leviers peut-elle compter ? Ce dialogue tente de mettre en évidence ces interrogations croisées en traitant dans ce chapitre d'une part les postulats communs à la Fondation de Nant et aux principaux courants de la psychiatrie et d'autre part les points de divergence.

⁴⁰⁸ Ronan Le Velly, *La notion d'encastrement : une sociologie des échanges marchands*, Sociologie du Travail, Elsevier Masson, 2002, 44 (1), pp 37-53

⁴⁰⁹ Ronan Le Velly, *La notion d'encastrement : une sociologie des échanges marchands*, Sociologie du Travail, Elsevier Masson, 2002, 44 (1), p. 42

⁴¹⁰ Jones M. *The therapeutic community*, New York : basic book ; 1953 et Jones, M. *The concept of a therapeutic community*, *The American Journal of Psychiatry* 112, 647-650, 1956

3.1. Les postulats communs

3.1.1. L'alter ego

À l'origine était le soin, le prendre soin, le faire avec soin. C'est sur cette pratique centrée sur le soin que naissent les hôpitaux et la psychiatrie avec les pratiques soignantes de J. B. Pussin à la fin du XVIII^e siècle. Les mêmes postulats de départ chez les fondateurs de la psychiatrie se retrouvent chez les fondateurs de Nant dans un contexte certes différent mais dont certaines valeurs se recouvrent. En effet, chacun estime que tout n'est pas perdu chez le malade mental, convaincu qu'il reste une partie saine en lui. Cet élément fondamental permet de croire en la curabilité de la folie, position d'espoir, d'optimisme face au pessimisme ambiant, tant à la fin du XVIII^e siècle que dans les années quarante du XX^e siècle. Ce sentiment d'espoir est porté par un contexte : celui du siècle des Lumières et de ses philosophes pour Pinel et celui de la foi religieuse pour les fondateurs de Nant.

Les fondateurs de la psychiatrie comme ceux de Nant avaient en commun l'idée qu'un espace dédié était nécessaire aux soins psychiques. Ce sera l'asile d'un côté et une communauté thérapeutique de l'autre. Même si, de prime abord, ces espaces semblent différents, ils présentent des parentés évidentes. Chacun voyait le malade comme un alter ego, le citoyen nouveau advenu après la Révolution française pour les uns, et le fils de Dieu pour les autres. Les premiers patients de Nant étaient considérés comme des hôtes ce qui n'est pas sans rappeler l'Hôtel-Dieu qui avait une vocation charitable d'accueil. « Des hôtes de tout âge y séjournaient, parfois accompagnés de leurs enfants... Les hôtes en deux groupes, prenaient leur repas avec les responsables et le personnel soignant. ⁴¹¹ »

Tout démarre avec une intention qui est en priorité une intention soignante, que ce soit l'activité de Pussin ou celle des fondateurs. Pour l'interviewé, cette intention première reste vivante actuellement : «... l'intention fondatrice est posée et c'est cette intention fondatrice qui ne cesse de se manifester sous différentes formes... qu'on retrouve aujourd'hui. ⁴¹² » Comme dans d'autres domaines, tels les soins palliatifs, fondés d'abord sur une pratique de soins, ce sont ces pratiques qui créant une dynamique, mettent en évidence un besoin, innovent pour y répondre et permettent l'émergence d'une nouvelle activité soignante.

⁴¹¹Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, Fondation de Nant, juin 1967

⁴¹² Interview de M. Daum

L'histoire de la psychiatrie montre combien l'abandon des soins, que l'on qualifierait aujourd'hui d'infirmiers, est préjudiciable aux patients. Le premier cas est particulièrement significatif, celui de J. B. Pussin, qui a été remplacé dans son poste par un médecin. En effet, ce sera Esquirol qui remplacera Pussin : «... Une part du travail qu'accomplissait Pussin doit désormais revenir au médecin... la nomination d'Esquirol marque la fin d'une époque : celle des réformateurs-entrepreneurs qui ont promu à la fin du XVIII^e siècle, hors de la médecine, le traitement de la folie par des « moyens normaux » et dont Pussin fut un éminent représentant... le traitement des aliénés devient directement et indiscutablement affaire médicale, et pour être précis, affaire de pouvoir médical⁴¹³ » Donc, tant dans l'histoire de la psychiatrie que dans l'histoire de la Fondation de Nant, il existe une intention soignante au départ et non pas une volonté ou un projet politique même si ceux-ci viendront dans un deuxième temps. Personne n'a rien demandé à Pussin, il a mis en place de son propre chef un dispositif soignant que Pinel reprendra et académisera. Il en est de même pour les fondateurs qui ont simplement demandé aux autorités l'autorisation de mettre en place leur projet

3.1.2. La nécessité d'un espace dédié

Nous avons préalablement relevé que la psychiatrie et Nant s'enracinaient dans une pratique soignante. Ces débuts se sont opérés dans les pratiques quotidiennes, ce que Norbert Alter nomme « *l'innovation ordinaire* ⁴¹⁴ ».

Cette dernière relève de la création, de l'ajustement et de l'évolution des pratiques dans des actions concrètes. Ces innovations se font en rupture avec les pratiques existantes et ne sont pas sans rappeler la célèbre « destruction créatrice » de J. Schumpeter. Contrairement aux autres soignants, Pussin établit des relations, parle avec les patients avec empathie et démontre que la relation a des vertus soignantes quand elle est pratiquée avec bienveillance. Constatant que l'occupation des aliénés a également des vertus thérapeutiques, il instaure cette activité de manière systématique. Il crée sans le savoir le concept de structuration élaboré à la fin des années soixante-dix par J. Gunderson⁴¹⁵. Les fondateurs iront dans la même dynamique, en instaurant une vie

⁴¹³ Gauchet Marcel, Swain Gladys, *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980, pp. 279-280-1

⁴¹⁴ Alter N. *L'innovation ordinaire*, PUF, Quatriges, Paris, 2005

⁴¹⁵ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

communautaire, ils sont constamment en lien et en relation avec les patients - leurs hôtes - et la pratique des activités de la vie quotidienne aboutit aux mêmes résultats que les occupations de Pussin, qui partageait également le fait de s'impliquer, d'être en relation. Cet esprit communautaire reste bien ancré : au moment de la mise en service du nouveau bâtiment hospitalier en 1979, le personnel demande un espace réservé pour prendre les repas mais le Direction refuse, et encore actuellement, patients et personnels mangent à la cafétéria dans le même espace.

Pour mettre en place ce projet, il est nécessaire d'avoir un espace dédié. C'est le projet de l'asile, un lieu spécifique réservé aux aliénés pour éviter de laisser ceux-ci dans les hôpitaux généraux et l'incurie, c'est aussi celui des fondateurs : une communauté. Activité, lieu dédié et relation sont les trois principaux axes du traitement moral que formalisera P. Pinel⁴¹⁶ à partir de l'expérience de Pussin⁴¹⁷. On ne peut pas s'empêcher de trouver une analogie avec le théâtre classique dont les règles, édictées à la même époque, imposent une unité de temps, de lieu et d'action. Les fondateurs inventent à « leur sauce », un dispositif de psychothérapie institutionnelle avant la lettre que les Anglais appelleront communauté thérapeutique⁴¹⁸. Nous pouvons faire une deuxième analogie avec les hypothèses de D. Winnicott sur l'environnement facilitant⁴¹⁹ permettant à l'enfant de grandir : la communauté thérapeutique est précisément un environnement facilitant le rétablissement. Ce concept a été souvent repris et notamment par I. Stamm pour les pratiques hospitalières⁴²⁰.

Il y a, dans ces deux projets, une rupture face aux pratiques existantes, que ce soit l'incurie des hôpitaux généraux ou des institutions psychiatriques des années quarante. Ces deux projets prennent le contre-pied de ces pratiques. Pour innover, ils rament à contre-courant de la majorité, « avec une faible rationalité gestionnaire ⁴²¹ », forts de leurs valeurs et de leurs convictions, ce qui est souvent à la base des innovations et des projets.

⁴¹⁶ Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition entièrement refondue et très augmentée (1809) Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, Paris, 2004

⁴¹⁷ Weiner D. B. *Philippe Pinel et l'abolition des chaînes : un document retrouvé*, L'Information Psychiatrique, 56, 2, 1980, pp 145-253

⁴¹⁸ Jones M. *The therapeutic community*, New York : basic book ; 1953

⁴¹⁹ Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969

⁴²⁰ Stamm I. *The hospital as an holding environment*, Int. J. Ther. Commun, 185 ; 6

⁴²¹ Alter N. *L'innovation ordinaire*, PUF, Quatrigue, Paris, 2005, p. 31

« *L'innovation est toujours dans un premier temps, une transgression des règles établies, parce qu'elle représente une atteinte à l'ordre social.*⁴²² »

Du contexte de chacun naissent leurs convictions : le siècle des Lumières, la franc-maçonnerie pour Pinel et le contexte du protestantisme engagé pour les fondateurs qui faisaient partie de ce qui était appelé « les dissidents ». Mentionnons également le mouvement protestant du « Réveil » qui, depuis la moitié du XIX^e siècle, soutient l'action sociale dans le but de secourir les indigents. « *Ce sont les croyances concernant l'efficacité et l'effcience de dispositifs économiques et gestionnaires qui amènent à investir dans des perspectives d'innovation et non le calcul rationnel.* ⁴²³ »

L'historique des quakers à la fin du XVIII^e est très proche de celle des fondateurs, malgré le siècle et demi qui les sépare. C'est à partir des valeurs religieuses en réaction aux institutions psychiatriques de l'époque considérées comme maltraitantes qu'ils créent la « retraite », célèbre pour ses traitements selon le principe de « non-restraint ». Ils instaurent une vie communautaire comme le feront les fondateurs de Nant. Les initiateurs du traitement moral s'inspireront de cette expérience. Nous pouvons mettre en parallèle les innovations d'après-guerre, telles que la psychothérapie institutionnelle et les traitements groupaux à l'origine des communautés thérapeutiques comme les ruptures innovantes dans une dynamique similaire.

Nous pourrions ajouter que ni Pussin, ni les quakers, ni les fondateurs – sans nous arrêter sur la dimension spirituelle ou religieuse - n'ont recherché une reconnaissance sociale, sanitaire ou académique, ils ne se souciaient que d'un résultat sanitaire pour les personnes dont ils avaient la charge. Comme le relève Granovetter « *Les institutions économiques n'apparaissent pas automatiquement en réponse à un besoin économique.* ⁴²⁴ » et ce principe s'applique ici pour les fondateurs, il n'y avait pas un besoin d'institution psychiatrique mais plutôt une conviction des fondateurs basée sur leur foi. Ce point de vue concorde avec l'idée de Granovetter qu'il existe également des objectifs non économiques dans toute entreprise⁴²⁵. Nous pourrions également ajouter que le Dr

⁴²² Alter N. *L'innovation ordinaire*, PUF, Quatrigue, Paris, 2005, p. 23

⁴²³ Alter N. *L'innovation ordinaire*, PUF, Quatrigue, Paris, 2005, p. 33

⁴²⁴ Granovetter M. Les institutions économiques comme construction sociale : un cadre d'analyse, In Orléan A. *Analyse économique des conventions*, PUF, Paris 2004, p. 86

⁴²⁵ Granovetter M. *Les institutions économiques comme construction sociale : un cadre d'analyse*, In Orléan A. *Analyse économique des conventions*, PUF, Paris 2004, p. 81

Claude Miéville, qui avait quelque chose d'antipsychiatrique⁴²⁶, a inscrit un projet marginal, voire anti-médical, face aux établissements psychiatriques des années soixante-dix. Il s'agit d'une autre rupture qui s'est parfaitement intégrée dans le projet « dissident » des fondateurs. Il faisait la promotion des traitements relationnels «... *si la pharmacologie peut (les) soulager, elle ne résout rien, et ce n'est qu'avec une relation soignante psychothérapeutique qu'elles (personnalités décompensées) pourront s'en sortir...*⁴²⁷ » et de l'abord non médical des patients : « *Ne serait-ce pas aux Sciences humaines à prendre en charge cette discipline de la formation psychothérapeutique des futurs soignants psy pour lui donner ses lettres de crédit ?*⁴²⁸ ». Nous pourrions évoquer d'autres initiatives privées en rupture avec les habitudes du moment, telles celles de Sivadon, dans ces travaux à l'OMS déjà en 1952 puis dans ses réalisations à Ville-Evrard, institution que les responsables de Nant souhaitent visiter lors du projet de construction du nouvel hôpital au début des années soixante-dix. C'est encore une initiative privée qui est à l'origine de la création du célèbre et précurseur secteur du XVIII^e arrondissement à Paris. Finalement nous constatons que chaque rupture a été le fruit d'une initiative privée, que ce soit d'une personne ou d'un groupe soudé par une même conviction.

Nous pouvons considérer que la loi du 30 juin 1838 est la suite de l'initiative initiale de Pussin et Pinel pour créer un espace dédié aux soins de la folie en instituant légalement et politiquement l'obligation d'avoir un asile dans chaque département. Le 1^{er} article spécifie : « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés...*⁴²⁹ » Mais dans ce passage du privé au public, l'essentiel des valeurs des promoteurs s'est perdu en instituant des traitements de collectifs plutôt que communautaires.

Dans l'histoire de la psychiatrie, la construction du secteur psychiatrique relève de cette dynamique d'innovation. Les racines de la politique de secteur remontent aux interrogations sur les dispositifs psychiatriques archaïques de l'entre-deux-guerres⁴³⁰. Le secteur du XIII^e arrondissement de Paris a été fondé en 1958 par le Professeur Philippe

⁴²⁶ Miéville C. *Qui est fou ?* Revue médicale de la Suisse romande, 121, 2001, pp 165-168

⁴²⁷ Miéville C. *Qui est fou ?* Revue médicale de la Suisse romande, 121, 2001, p. 166

⁴²⁸ Miéville C. *Qui est fou ?* Revue médicale de la Suisse romande, 121, 2001, p. 167

⁴²⁹ <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Recueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquirol> consulté le 12.08.16

⁴³⁰ Bueltzingsloewen I. Conférence à la Fondation C. Verdan, Lausanne le 22 mars 2011, Les origines de la politique de désinstitutionalisation psychiatriques « à la française » (1945-1960)

Paumelle, il s'agit du premier secteur psychiatrique créé avant que la circulaire du 15 mars 1960 ne l'officialise et l'impose à l'ensemble du pays. La création du secteur psychiatrique de l'Est vaudois, la Fondation de Nant, est l'aboutissement d'une étude⁴³¹ et d'une négociation entre le Service de la Santé Publique (SSP) et la Fondation de Nant. C'est à cette occasion en 1984, que le Dr C. Miéville formalise un projet de politique de secteur⁴³² en y incluant un centre ambulatoire de crise (Centre d'intervention thérapeutique, CIT). Dans cette étape de l'histoire, il y a la volonté de se mettre en phase avec la politique cantonale, mais surtout l'opportunité de créer un nouveau centre de soins (CIT) qui n'existe dans aucun secteur du canton de Vaud. Déjà en 1972, Nant souhaitait mettre en place son propre projet d'hôpital et se positionnait en anticipateur : « *Il faut offrir quelque chose et devancer leurs plans*⁴³³ ». Il s'agit d'une manière de conserver une marge de manœuvre, c'est-à-dire une certaine autonomie.

La proactivité et l'opportunisme ont probablement toujours fait partie de la Fondation, sans quoi elle ne se serait pas développée, par exemple en acquérant de nouvelles propriétés pour ses projets cliniques (l'Étoile du Matin, Nant, Chamoyron à Saint Légier, l'immeuble de l'avenue des Alpes à Montreux ou encore les constructions de l'Espace Santé à Rennaz et l'immeuble à la rue des Communaux à Vevey). Nous avons déjà mentionné les différents projets novateurs et anticipés pour répondre à de nouveaux besoins et/ou une nouvelle manière de prendre en soins (CIT ou UAS) tels que l'ouverture d'une polyclinique à Aigle, à Château-d'Oex ou encore d'une Unité Ambulatoire Spécialisé (UAS & Azimut) pour traiter les addictions. Il faudrait relever encore l'anticipation de la création des réseaux de soins par les premières étroites collaborations entre le service de médecine de l'hôpital du Samaritains à Vevey et la Fondation de Nant. Ces expériences avaient mis l'un et l'autre en bonne position au moment de la création officielle des réseaux de soins vaudois. Mais cette volonté d'anticipation s'est formalisée plus officiellement avec les positionnements stratégiques dont le premier date de 1997. Le projet est confié à M. E. Revaz, consultant qui avait déjà piloté la recherche Aleph⁴³⁴. Ainsi, connaissant bien l'institution, il est mandaté pour élaborer un positionnement stratégique de la Fondation qui fera la promotion de la régionalisation et la perspective

⁴³¹ *La psychiatrie publique vaudoises : situation actuelle et évolutions possibles*, document du service de la santé publique et de la planification sanitaire, 1983, 123 p.

⁴³² Miéville C. *Avenir du secteur psychiatrique de l'Est Vaudois*, 18 mai 1984, document interne

⁴³³ PV Comité Directeur du 3 mars 1971

⁴³⁴ Aleph, *Recherche sur l'information et la communication centrée sur le patient*, document interne, 1996

de faire évoluer l'institution vers une organisation de santé mentale et non plus seulement de psychiatrie.

3.1.3. La rencontre et le travail relationnel

« Mais au final, l'outil essentiel de soins reste la relation soignant-soigné qui, elle, est avant tout subjective.⁴³⁵ » La rencontre⁴³⁶ et la relation sont au cœur du soin psychiatrique. « La rencontre est fondement et spécificité de la psychiatrie..., situé(e) dans le terrain vague de l'intersubjectivité, (elle) reste un problème central pour le psychiatre, dans sa pratique clinique quotidienne et dans l'effort permanent de réflexion et de théorisation qui s'y rattache. »⁴³⁷ » C'est un des axes du traitement moral et également un des éléments du dispositif communautaire instauré par les fondateurs. La relation est au cœur de tout dispositif qui se veut psychothérapeutique à l'instar des projets des communautés thérapeutiques anglaises. «... c'est que la relation humaine ne constitue pas un supplément d'âme, un geste pour consoler ou pour faciliter la prise de médicaments, mais qu'elle est le soin, qu'elle est la psychiatrie. »⁴³⁸ » Un préalable est nécessaire à la rencontre et au travail relationnel, c'est la disponibilité à « recevoir » l'autre. Les fondateurs en appelant les patients leurs « hôtes », démontrent cette attitude dans une dimension chrétienne de l'amour de l'autre, leur « frère ». Cette attitude a été reprise en psychanalyse : « Comme le note Nacht, l'amour est à l'origine de l'accueil inconditionnel de l'autre et du désir de l'aider ; sans lui, nul ne peut guérir autrui.⁴³⁹ » Il n'est pas étonnant que cette approche ait convenu à Nant.

Il nous paraît utile d'apporter une dimension supplémentaire au dispositif. Ce dernier est une organisation, par exemple une communauté thérapeutique, et il fait office de cadre à la rencontre et à la relation. Les psychanalystes ont beaucoup travaillé sur ce concept qui est une condition de tout soin psychique et de toute psychothérapie. L'article le plus connu à ce sujet est probablement celui de J. Bleger : « *Psychanalyse du cadre psychanalytique* »⁴⁴⁰. Il faut rappeler qu'en organisant un espace dédié aux soins de la

⁴³⁵ Hody-Yesnaux O. *Les soins en service de psychiatrie fermée, du fonctionnement d'une institution totalitaire aux soins centré sur l'humain*, Perspective soignante, N° 56, septembre 2016, p 81

⁴³⁶ Rojas Urrego A. *Le phénomène de la rencontre*, PUF, Paris, 1991

⁴³⁷ Rojas Urrego A. *Le phénomène de la rencontre*, PUF, Paris, 1991, p. 123 - 124

⁴³⁸ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 9

⁴³⁹ Rojas Urrego A. *Le phénomène de la rencontre*, PUF, Paris, 1991, p. 124

⁴⁴⁰ Bleger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, In *Crise, Rupture et dépassement*, Sous la dir. Kaes R. Dunod, Paris, 1979, pp. 255-285

folie – que ce soit Pinel ou les fondateurs – c'est avant tout un cadre pour la rencontre et la relation avec les malades qui a été instauré. Il s'agit de la thèse de G. Swain et M. Gauchet⁴⁴¹, qui s'inscrit en faux des hypothèses de M. Foucault qui y voit un espace de répression⁴⁴². En créant les conditions d'une rencontre, ces « innovateurs » ont instauré un cadre, au sens psychanalytique du terme, qui permet et favorise la relation. « *C'est grâce à l'institution que la rencontre n'est pas sur le vide. La rencontre requiert de l'institution car c'est elle qui, en lui donnant un sens et une histoire, crée l'ouverture sur un à-venir possible... L'institution est d'abord l'action d'instituer. En tant que telle, elle est processus de structuration des rencontres.* »⁴⁴³ Nous pourrions avancer qu'au fond, c'est l'intention qui conditionne les « vertus » de l'espace dédié aux soins. Il peut être répressif ou soignant selon qu'il est activé, ou pas, pour la rencontre et la relation. En ce sens, les parallèles entre histoire de la psychiatrie et celle de Nant sont assez claires.

Le travail relationnel part du présupposé que chacun, soignants, psychothérapeutes et patients s'engagent dans un processus relationnel qui est forcément un processus intersubjectif. Il va de soi que, dans ce type de projet thérapeutique, le patient est actif – il est acteur de son traitement et non seulement objet de nos soins – et s'implique dans sa thérapie. La responsabilisation et l'implication sont à la base du processus. Dans cette dynamique, les liens avec la gestion participative⁴⁴⁴, c'est-à-dire favorisant l'engagement et l'implication des acteurs, paraissent évidents et ouvrent la question du type de gestion compatible avec la philosophie de soins de Nant basée sur la relation.

Ces relations soignantes ou thérapeutiques peuvent être médiatisées à travers les activités de la vie quotidienne. C'est précisément ce qu'ont fait les fondateurs comme les tenants de la psychothérapie institutionnelle ou des communautés thérapeutiques : les patients ne pouvant avoir accès à la psychothérapie classique, voire à la cure psychanalytique, ont besoin d'un dispositif thérapeutique adapté que la médiation procure. De plus, la médiation, notamment à travers les activités de la vie quotidienne, présente l'avantage de mettre en évidence les ressources du patient. Ainsi, ces derniers ne sont pas que problèmes, difficultés, pathologies comme c'est souvent le cas dans le

⁴⁴¹ Gauchet Marcel, Swain Gladys, *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980

⁴⁴² Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972

⁴⁴³ Rojas Urrego A. *Le phénomène de la rencontre*, PUF, Paris, 1991, p. 81-82

⁴⁴⁴ Tissier D. *Management situationnel, Vers l'autonomie et la responsabilisation*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 2001, pp 55-57

cadre des entretiens thérapeutiques où l'espace est souvent envahi par les problèmes. A contrario, dans le quotidien, les patients sont aussi des personnes avec des ressources sur lesquelles un projet thérapeutique peut s'échafauder et font office de soutien.

3.1.4. La structure comme nécessité

Pour assurer ce possible travail relationnel, il est nécessaire d'avoir une structure qui permette et favorise cette dimension relationnelle à l'exemple de la communauté que les fondateurs ont créée. Ainsi, les structures qui permettent cet abord relationnel sont à taille humaine. Il s'agit d'un préalable auquel il faut ajouter un mode de management qui permette que cette structure soutienne le travail relationnel. Ce mode n'est pas donné avec la taille de la structure, celle-ci peut aussi bien être étouffante et aller dans le sens contraire. C'est la philosophie des soins et les valeurs qui devraient « régler » cette question. C'est ce qui se passe en 1970 où le Comité Directoire de Nant se positionne clairement : « *Il faut éviter les grands hôpitaux afin de satisfaire aux exigences humaines*⁴⁴⁵ ». L'exigence humaine est posée et la structure est pensée à son service. Ce sont dans de telles structures que le travail relationnel a débuté à la fin du XVIII^e. Esquirol avant qu'il ne prenne ses fonctions publiques, s'occupait d'une petite structure qui lui permettait d'appliquer le traitement moral en instaurant des relations thérapeutiques individuelles. Malheureusement par la suite, et notamment après l'adoption de la loi de 1838, les choses vont changer. Esquirol a été le fossoyeur de ce qu'il avait expérimenté d'un point de vue relationnel en cautionnant l'établissement de grandes structures, barrant ainsi la route au travail relationnel en établissant des traitements collectifs au lieu de traitements communautaires. Nant ne se retrouve pas dans ce « siècle » de traitements collectifs qui abandonne le levier du travail relationnel individuel, schématiquement entre la loi de 1838 et la fin de la Deuxième Guerre mondiale.

L'histoire de la psychiatrie a montré que la catégorisation par pathologie, établie par les grandes institutions, a mis à mal, pour ne pas dire exterminé, les institutions à taille humaine propices au travail relationnel instauré par le traitement moral de Pinel. En effet, si la loi de 1838 a contraint chaque département à s'équiper d'un asile, elle a également favorisé la construction de grandes structures qui se sont organisées par pathologie vu qu'elles avaient la masse critique pour le faire et que cette organisation était perçue

⁴⁴⁵ PV du Comité Directeur du 11 mars 1970

comme une avancée scientifique. Rappelons que certains établissements pouvaient accueillir plusieurs milliers de patients. Cette idée d'organisation par pathologie revient en force à la fin du XX^e siècle où beaucoup d'établissements se réorganiseront selon ce principe et notamment à Lausanne avec l'arrivée du Prof. François Borgeat. P. Delion estime que cette politique va à l'encontre de la psychiatrie humaine : « *Lorsque le psychiatre n'accueille plus tout le monde mais devient un praticien spécialisé dans un trouble, la psychiatrie de secteur perd son âme.* ⁴⁴⁶ » Depuis les constructions d'asiles au XIX^e siècle, il faudra attendre très longtemps avant qu'un dispositif organisationnel soit à nouveau propice au travail relationnel. Ce sera avec l'avènement du secteur psychiatrique en 1960 que ces dimensions seront enfin retrouvées. À la Fondation de Nant, cette dimension à taille humaine sera toujours considérée comme nécessaire. Nant ne sera jamais une grande structure favorisant les traitements collectifs. De plus, sa référence théorique, sa philosophie de soins favoriseront tout au long de son histoire le travail relationnel et l'individualisation des soins.

La psychanalyse a permis de redonner à la fin du XIX^e siècle une dimension individuelle et subjective aux traitements ⁴⁴⁷. « *C'est surtout la psychanalyse qui va marquer les développements de la psychiatrie.* ⁴⁴⁸ » Ce revirement va à contre-courant des traitements collectifs de l'époque dans les asiles. Pour le comprendre, il convient de différencier les traitements collectifs s'adressant à un ensemble de patients et établis sur un mode uniforme, des traitements communautaires permettant à chacun de s'inscrire individuellement dans un dispositif communautaire. Ainsi, la psychanalyse a redonné espoir au moment où régnait un pessimisme général concernant les traitements psychiatriques à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e. Elle a été très utile à l'évolution de la psychiatrie et sera très utile au développement et à la professionnalisation des soins à Nant.

Si la psychanalyse a redonné espoir à la psychiatrie au début du XX^e siècle, il en a été de même à Nant. C'est un psychodynamicien, le Dr C. Miéville, qui redonnera espoir en 1973 après les départs successifs et rapides de deux médecins chefs avec lesquels il n'était pas possible de travailler sereinement et dans la ligne instaurée par les fondateurs, alors que

⁴⁴⁶ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 255

⁴⁴⁷ Quételet C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 465

⁴⁴⁸ Quételet C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier Paris, 2009, p. 463

le Dr Miéville y parviendra avec succès et à la satisfaction de tous en fondant sa politique de soins sur les concepts psychanalytiques. Dans une séance du Conseil de 1974, le Dr C. Miéville affirme qu'« *une conception résolument psychodynamique des troubles psychiques a fait faire à l'hôpital un bond en avant dans la voie tracée au départ par ses fondateurs, celle de la tolérance, du respect humain et de l'efficacité* ⁴⁴⁹ ». Nous pensons utile de préciser que le déploiement de cette politique ne s'adresse pas seulement aux thérapeutes comme ce fut le cas dans certaines institutions où la psychanalyse ne concernait que les quelques séances hebdomadaires avec leurs thérapeutes. À Nant, ce référentiel théorique est valable pour l'ensemble des collaborateurs. C'est-à-dire que, du directeur médical au soignant, la même stratégie relationnelle est utilisée et s'inscrit dans les interactions quotidiennes.

La psychanalyse peut être un levier extrêmement stimulant pour donner une dimension subjective et individuelle aux traitements et être porteur d'espoir. De plus, la psychanalyse donne une place à la personne et non pas seulement à la pathologie, les processus pathologiques s'inscrivant dans l'histoire individuelle du sujet. L'abord psychanalytique n'est pas une technique à appliquer mais plutôt une stratégie à déployer qui donne un vaste champ de liberté modulable à chaque situation et en vertu de chaque thérapeute ou soignant. Dans ce sens, soulignons que la relation ne se prescrit pas, elle ne peut qu'être favorisée et soutenue, que ce soit par l'environnement institutionnel général ou la formation. Cette stratégie s'inscrit en faux de la tradition des traitements collectifs instaurés par Esquirol en 1948 et, dans ce sens, la Fondation de Nant ne suivra pas ce mouvement, étant plutôt en phase avec l'instauration du traitement moral qui se voulait relationnel et individuel. Cette approche individuelle se retrouvera dans l'histoire de la psychiatrie après-guerre et sera principalement inspirée des théories psychanalytiques, qu'il s'agisse du mouvement de la psychothérapie institutionnelle ou celui des communautés thérapeutiques, mouvements nés à la même époque que la Fondation de Nant.

En effet, le traitement relationnel, dans un lien individuel et intersubjectif, permet d'investir la personne plutôt que la pathologie ou une technique de soins. « *Autrement dit, c'est un engagement humain et le psychiatre devient un militant de l'intersubjectivité.* ⁴⁵⁰ »

⁴⁴⁹ Dr Miéville, Conseil de Fondation du 26 juin 1974

⁴⁵⁰ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 254

Il s'agit d'une différence en même temps subtile et fondamentale qui ne saute pas aux yeux. C'est le positionnement de Nant dès le départ, les fondateurs étaient en lien avec chacun de leurs « hôtes », terme que reprendra Dr C. Miéville dans un article de 1985⁴⁵¹, une relation humaine sans autre technique de soins. Leur stratégie était de partager la vie quotidienne dans une communauté qu'ils avaient créée, convaincus que c'est dans une proximité humaine et bienveillante que le « salut » pouvait advenir. Ainsi, ils ont imprimé un fondement relationnel aux soins avec lequel la psychanalyse pourra facilement composer. Il paraît évident qu'en adoptant une stratégie plutôt qu'une technique, cela permet beaucoup plus de souplesse et d'adaptation à chaque situation.

Cet ancrage dans la relation plutôt que dans le biologique et le biomédical se vérifie dans l'histoire de Nant avec les « ratés » des deux médecins organicistes qui ne portaient pas un intérêt prioritaire aux patients ni aux valeurs humanistes, mais à la maladie et aux stratégies de santé publique. Cette approche essentiellement basée sur une référence organique ne croise pas les intérêts, ni les valeurs de la Fondation. Ainsi, le dialogue de l'histoire de Nant et de l'histoire de la psychiatrie s'éteint pour un siècle entre le milieu du XIX^e jusqu'au milieu du XX^e. Il s'agit de la période organiciste contre les psychistes institutionnels des débuts de la psychiatrie et du règne du médical autoritaire qui a laissé des patients dans des conditions inhumaines. « *Près des organes, loin de l'âme* » selon la formule de Jacques Hochmann. Néanmoins, nuanceons cet avis avec les quelques psychiatres novateurs et intéressés par la psychanalyse dès le début du XX^e siècle tels que Bleuler ou Jung. « *Le Burghölzli est alors le foyer le plus actif de la psychiatrie européenne et c'est là que se rencontrent psychiatres d'hier et psychanalystes de demain. Bleuler est l'un des premiers cliniciens de la psychiatrie à reconnaître Freud, sinon le premier.* »⁴⁵² »

C'est en gardant les valeurs humanistes, c'est-à-dire en mettant l'homme en priorité avant la maladie, que les acteurs de Nant n'ont jamais pris la voie de l'abord prioritairement biomédical. Cet aspect de la psychiatrie n'a jamais été très investi à la Fondation malgré l'utilisation de psychotropes à bon escient. Cet élément pourrait être également considéré comme une faiblesse qui se retrouve dans la clinique quotidienne concernant les traitements médicamenteux. Cet élément a été mis en évidence, par exemple, à l'occasion

⁴⁵¹ Miéville C. *Évolution de la psychiatrie entre le contrôle social et l'abandon thérapeutique... vrai ou faux problème ?* In: *Déviance et société*. 1985 - Vol. 9 - N°4. pp. 363-372.

⁴⁵² Quételet C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, p. 466

d'une recherche sur les packs⁴⁵³ où la traçabilité des traitements médicamenteux a été insuffisante pour qu'elle puisse être prise en compte.

3.2. Les points de divergence

3.2.1. La question de l'autorité

Revenons sur la question de l'autorité qui a tellement marqué l'histoire de la psychiatrie à partir du milieu du XIX^e siècle. Plusieurs raisons nous font revenir sur le sujet, la relation d'autorité, qui a toujours été pour les aliénistes une stratégie leur permettant de prendre l'aval sur l'aliéné et sa pathologie, et par ricochet d'avoir, en quelque sorte, autorité sur la folie. Cette optique thérapeutique a montré son inefficacité. De plus cette attitude d'autorité s'est étendue de manière absolutiste à toutes les relations au sein de l'organisation. Cet état de fait a mis un terme à la pluridisciplinarité qui est un garant, si ce n'est le fondement, des traitements institutionnels selon Kapsambelis⁴⁵⁴.

Ce positionnement médical, même s'il est beaucoup assoupli, n'en garde pas moins les traces évidentes, actuellement idéologiquement justifiées par des responsabilités légales des médecins largement surestimées, ou du moins, souvent évoquées pour prendre des décisions. À titre d'exemple, nous retrouvons encore récemment cette figure du « grand patron », régnant sur « tout », à l'exemple du Prof. Christian Müller, directeur de la clinique psychiatrique universitaire vaudoise de Cery de 1961 à 1986. Ce positionnement est retracé dans le discours de départ du Prof. François Grasset ⁴⁵⁵. Les organisations publiques vaudoises (CHUV) ont systématiquement un médecin à la tête de leur service même s'il s'agit d'un « primus inter pares » avec les autres directeurs des soins et financiers. À Nant, nous ne trouvons pas de telles figures. Tous les directeurs médicaux à partir des années soixante n'ont pas joué le rôle du « grand patron » et ont plutôt composé avec l'équipe en place à l'exemple du Dr H. d'Eggis, ou alors, comme le Dr

⁴⁵³ Opsommer E. J. Dubois J. Bangerter G. Panchaud R. Martin D. Skuza K. *Therapeutic Body Wraps in Swiss public adult acute inpatient wards. A retrospective descriptive cohort study* Journal of psychiatric and mental health nursing, 2016. pp. 1 - 10

⁴⁵⁴ Kapsambelis V. Les institutions psychiatriques : une approche à partir de la théorie de la libido, In : François Y. Touati B. *Psychanalystes en pédopsychiatrie. Vitalité, diversité, difficultés, face aux nouvelles contraintes*, Paris, Ed. In Press – ASM 13, 2010, pp. 63-86

⁴⁵⁵ Grasset F. *Discours lors de la fête de départ du Prof Müller*, doc. non publié aimablement remis par son auteur et Grasset F. *Hommage au Professeur Christian Müller*, SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY 2013;164(4):114

C. Miéville, posé un projet « anti-hiérarchique » donnant la parole à chacun ⁴⁵⁶. Les suivants se sont inscrits dans cette ligne dans un esprit de « faire-ensemble » dans un style coopératif et participatif plus que hiérarchique ou chaque acteur à un moment donné peut exprimer sa part de stratégie dans la partition que le groupe lui demande de jouer.

Ce positionnement appelle quelques commentaires :

- Le premier concerne un type d'organisation très hiérarchique toujours en cours dans certains établissements psychiatriques, dont la hiérarchie élabore les protocoles à appliquer, ce qui rappelle l'organisation scientifique du travail (OST) de Taylor dans laquelle les experts organisent le travail dans une relation de « sachants à ignorants », de concepteurs à exécutants. Cette attitude peut être comprise comme une forme d'investissement du soin par les procédures, plutôt qu'un investissement de la personne soignée, ce qui n'est pas compatible avec la philosophie de Nant.
- Le deuxième porte sur la cohérence entre référence psychanalytique et relations au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous avons déjà abordé cette thématique, mais rappelons que l'idée est que chacun établit une relation avec le patient avec la marge de manœuvre nécessaire à son autonomie et que ces relations ne sont pas à hiérarchiser mais à articuler dans le sens d'un projet thérapeutique. P. Delion définit ces relations comme une « hiérarchie subjectale ⁴⁵⁷ », c'est-à-dire basée sur les relations transférentielles du patient envers les membres de l'équipe pluridisciplinaire et non pas en vertu du statut dans l'organigramme. Ainsi les relations ne peuvent être prescrites autoritairement mais organisées au profit du projet thérapeutique. Dans ce contexte, il n'est pas envisageable d'organiser des soins de manière autoritaire. Rappelons que cette référence est partagée par l'ensemble des collaborateurs ce qui conditionne la relation de l'ensemble des soignants.
- Le troisième ouvre la question de la confiance. En effet, ce positionnement « psychanalytique » propose une stratégie⁴⁵⁸ et non pas une série de procédures à

⁴⁵⁶ Miéville Cl., *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source, n° 11, nov. 1974, pp 3-8

⁴⁵⁷ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p.35

⁴⁵⁸ Miéville C. *Évolution de la psychiatrie entre le contrôle social et l'abandon thérapeutique... vrai ou faux problème ?* In: *Déviance et société*. 1985 - Vol. 9 - N°4. P. 368

appliquer. Autrement dit, les acteurs sont autonomes pour traduire cette stratégie dans leur champ d'action et cette autonomie les responsabilise et les implique beaucoup plus que s'il s'agit de suivre un protocole établi. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir des relations de confiance avec ses collaborateurs et leur accorder la marge de manœuvre indispensable à leur activité. La confiance est une valeur et comme nous l'avons déjà relevé, par extension nous pouvons assimiler la référence psychanalytique à une valeur. Ce trio « confiance – responsabilité – implication » joue aussi bien en clinique qu'en gestion. Comme le relève précisément F. Dupuy, «... ce thème de la confiance est en train d'émerger fortement dans la réflexion des entreprises... et (la confiance) pourrait jouer un rôle semblable à celui tenu par l'amélioration de la sécurité dans quelques entreprises.⁴⁵⁹ »

- Le quatrième amène la question de la cohérence et de la culture du soin psychique. La référence commune est une culture d'une forme de soin psychique et une plus-value pour renforcer la cohérence collective et le faire-ensemble. « *L'amélioration de la cohésion et celle de l'implication plus grande du personnel sont des leviers de l'accroissement des performances durables et de la capacité des entreprises à surmonter la crise.*⁴⁶⁰ » Au-delà de ces incontournables avantages, la référence commune et ses implications rendent les comportements plus prévisibles et contribuent à établir des rapports de confiance dans une équipe mais en même temps «...c'est lui (équipe) demander de renoncer à tout ou partie de son pouvoir.⁴⁶¹ » Il y a là probablement une des difficultés majeures à mettre en place ce modèle de manière globale et cohérente.

Ainsi, la relation autoritaire n'est pas compatible ni avec les valeurs humanistes, ni avec une conception de soins basée sur les références ou concepts psychanalytiques. Comme nous l'avons déjà relevé, dans le cas de Nant, l'autorité se pose dans le sens d'une compétence reconnue ainsi qu'un leadership capable de donner du sens aux interactions. La Fondation de Nant n'a pas connu d'organisation fondée sur un mode autoritaire, cette dimension met en évidence une forme d'homologie entre la clinique et la gestion, entre la

⁴⁵⁹ Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 244

⁴⁶⁰ Savall H. Zardet V. *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, Paris, Economica (5^{ème} éd.) cité In Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 239

⁴⁶¹ Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 179

relation soignante et l'organisation d'une équipe soignante dans une conception des rapports entre les membres de cette équipe. En effet, si la dimension autoritaire hiérarchisée n'est pas de mise – ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de responsable ni de hiérarchie mais c'est la manière dont elle s'exerce qui est déterminante - il s'agit d'un mode plus collaboratif et participatif qui met chacun en position d'acteur responsable et autonome dans un cadre défini par sa Charte qui favorise la cohérence globale.

Encart 3 : La clinique et l'approche participative au cœur

Les deux anecdotes suivantes montrent de manière emblématique le positionnement de la Fondation de Nant au quotidien.

Très jeune diplômé dans un service de soins aigus de psychiatrie d'un hôpital suisse, je vais poser une perfusion d'antidépresseur à une patiente hospitalisée pour dépression. Cette dernière manifestait un besoin de soutien accru à ce moment et j'ai trouvé opportun de rester avec elle pour l'accompagner dans cet instant difficile, ce qui fait partie des prestations infirmières usuelles. Lorsque je ressors de sa chambre plus d'une demi-heure plus tard, le responsable me demande inquiet où j'étais. Il m'avait cherché partout, disait-il, à l'atelier d'ergothérapie, à la pharmacie, à la cafétéria... etc. Il ne lui était pas venu à l'idée que je puisse être de toute évidence au côté de la patiente dont j'avais la charge. Arrivé à Nant en 1983, j'ai trouvé le contraire, à savoir que la place du soignant était auprès du patient dans une pratique clinique investie positivement et c'est ce qui donne autorité. Actuellement, en tant que directeur des soins je suis pratiquement le seul parmi les collègues d'autres établissements occupant la même fonction à conserver une pratique clinique.

La deuxième anecdote se passe à Nant au début de mon engagement. Marqué par les rapports hiérarchiques et les rituels institutionnels habituels des établissements sanitaires, je fus très frappé par la discrète arrivée du directeur médical, le Dr C Miéville, dans l'unité. Il frappe discrètement à la porte vitrée du bureau infirmier avant d'entrer et s'excuse de nous déranger pour inscrire ses prescriptions médicales et donner des informations cliniques. A ce moment, me revenaient en tête les visites pompeuses et artificiellement organisées du directeur médical de l'autre établissement. C'était bien différent à Nant, les rapports entre professionnels étaient d'une autre nature qui inspirait le

respect et induisait l'envie d'authentiquement bien faire et bien faire ensemble dans une attention mutuelle. Il semble assez évident que ce rapport d'authenticité et de respect entre les collaborateurs est à l'image des relations entre soignants et soignés ainsi que de l'engagement de chacun dans une volonté de faire ensemble.

Les cliniciens ont coutume d'affirmer que le type de relation établi entre superviseur et supervisé est le même que celui établi entre supervisé et patient. Par extension, le type de rapport qui s'établit entre hiérarchie et subordonné, ainsi qu'entre membres d'une équipe est du même type que celui établi avec les patients. C'est exactement l'expérience que nous avons faite dans ces deux institutions. L'une dans un rapport peu engagé, ni investi, et l'autre, la Fondation de Nant, dans un fort investissement professionnel empreint de respect et de valeurs humanistes.

3.2.2. La problématique du faire-ensemble

« Faire-ensemble » revêt une forme particulière dans la clinique psychiatrique. Le modèle dont nous parlons est également pertinent pour une forme de gestion qui appelle à la « participativité » et à l'implication de chacun dans le projet. L'historique de la psychiatrie montre schématiquement deux formes de faire-ensemble. Les soins dans les établissements psychiatriques nécessitent au minimum deux catégories de professionnels : les médecins et les soignants. Chacun répond à des besoins différents, d'un côté des prestations thérapeutiques et de l'autre des prestations soignantes qui devraient s'articuler de manière cohérente en vertu des objectifs thérapeutiques.

La première forme de faire-ensemble est celle qui a prévalu à la naissance de la psychiatrie, c'est-à-dire le mode de collaboration entre Pussin et Pinel. Il s'agit d'une relation de reconnaissance réciproque de compétences. Ce serait cette dynamique spécifique de reconnaissance et de complémentarité qui aurait fondé la dimension thérapeutique de l'asile et l'originalité du projet de Pinel d'après Kapsambelis⁴⁶². P. Delion est convaincu que c'est le levier qui permet de maintenir une psychiatrie humaine et pour

⁴⁶² Kapsambelis V. Les institutions psychiatriques : une approche à partir de la théorie de la libido, In : François Y. Touati B. Psychanalystes en pédopsychiatrie. Vitalité, diversité, difficultés, face aux nouvelles contraintes, Paris, Ed. In Press – ASM 13, 2010, pp. 63-86

ce « faire-ensemble » il faut des espaces dédiés : « *Tout cela ne marche que parce qu'il y a un lieu où l'on va pouvoir lire ensemble ce qui est en train de se passer et adapter ce qui est en train de se passer à ce que l'on lit.* ⁴⁶³ » Il estime que «... *pour faire de la psychothérapie (institutionnelle), il faut être dans un système démocratique...* ⁴⁶⁴ », système qui n'a de loin pas prévalu dans les institutions psychiatriques et pour longtemps.

La seconde forme est celle qui a prévalu dès le milieu du XIX^e siècle dans l'autoritarisme médical assujettissant tous les autres professionnels à son pouvoir suprême. Il faudra attendre le colloque de Serve en 1958, soit plus d'un siècle plus tard, pour retrouver officiellement une reconnaissance des compétences soignantes. « *Plusieurs réunions dans les années 1958-1959 ont eu lieu, sous la présidence du docteur G. Daumézon. Elles ont regroupé de très nombreux psychiatres et ont évoqué des problèmes majeurs... entre autres du rôle de l'infirmier dans l'équipe psychiatrique. Ce problème de la participation de l'infirmier à la psychothérapie a soulevé des discussions extrêmement vives et contradictoires* ⁴⁶⁵ » D'un point de vue psychanalytique et plus précisément winnicottien, la santé mentale est l'intégration, c'est-à-dire la capacité d'un individu à composer de manière plus ou moins harmonieuse avec ses différentes facettes sans faire le déni de l'une ou l'autre de ses parties. Nous voyons un parallèle entre cette conception de la santé mentale et l'organisation d'un établissement psychiatrique. En effet, l'idée de mettre ensemble dans une dynamique d'intégration, et non dans une volonté de maîtrise, parle en faveur d'une organisation participante à l'image d'un organisme dont chaque partie joue un rôle pour un objectif final global. Dans ce sens, il n'y a pas de différence entre les domaines soignants et gestionnaires.

La première complémentarité médico-soignante, à l'origine de la psychiatrie, se retrouve à Nant dans la complicité Miéville-Monney. Cependant, elle existait déjà préalablement avec les médecins précédents : les collaborations avec la Dre de Serret, le Dr Audéoud et le D'Eggis et ses assistants, notamment le Prof. Gilléron et son épouse Micheline, peuvent

⁴⁶³ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 85

⁴⁶⁴ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 265

⁴⁶⁵ Oury J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, les éditions du champ social, Paris 2001, Google books

https://books.google.ch/books?id=A4oNCwAAQBAJ&pg=PT57&lpg=PT57&dq=colloque+de+sevre+1958&source=bl&ots=PO0vvOR6Q0&sig=QJBCrXtvjO1s8oaVLgLF4tC79tI&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiNjq_w-6nOAhVIxRQKH1GCIYQ6AEIHjAA#v=onepage&q=colloque%20de%20sevre%201958&f=false consulté le 5.08.2016

être qualifiées d'excellentes, selon les propos de Jean-Claude Monney ⁴⁶⁶ . Ces collaborations n'ont pas été aussi longues ni aussi complètes et intensives que celle entre Jean-Claude Monney et le Dr Miéville qui, de surcroît, a formalisé le projet hospitalier en 1974, puis celui du secteur en 1984. Rappelons qu'à l'instar de Pussin, la pratique première de la Fondation de Nant est une pratique soignante et non médicale. Le premier véritable médecin chef à mi-temps sur place arrive en 1964 (Dr D'Eggis) alors qu'auparavant ces derniers étaient des consultants.

La création de la Fondation par une équipe (ce que l'on appellerait aujourd'hui une "start up") s'inscrit à l'opposé des structures psychiatriques étatiques sur deux points : à l'exemple du département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), dont la création, d'une part, est issue d'une intention politique et, d'autre part, est déléguée au corps médical par le décret de 1810 portant création d'une maison d'aliénés⁴⁶⁷. Comme le relève un collaborateur venant d'une institution universitaire : « *Contrairement à X... parce qu'il est universitaire, il est très hiérarchisé, à l'université il y a un roi !* ⁴⁶⁸ »

Rappelons également la Fondation de Nant n'a pas été créée par un leader unique, mais par une équipe, ce qui contribue favorablement à installer le « faire-ensemble » comme l'un des fondements de l'institution. À ce moment, nous estimons que chacun était impliqué dans les tâches pour lesquelles il était compétent (accompagnement, ferme, jardin, cuisine, ménage, etc.) et reconnu par les autres dans cette compétence, ce qui revient à cette notion de complémentarité articulée comme fondement et gage d'efficacité pour un objectif commun. On retrouve ce même type d'organisation dans une clinique allemande spécialisée dans la chirurgie cardiaque dont la page Web est composée d'une photo comprenant 253 professionnels du jardinier au chirurgien, du cuisinier au soignant, chacun dans leur tenue spécifique avec pour signature « *Ensemble chacun de nous est là pour vous permettre de vivre avec un cœur nouveau* »

Les premiers espaces officiels de rencontre datent de 1969 avec l'instauration de la rencontre hebdomadaire de l'ensemble des responsables administratifs, médicaux, infirmiers et logistiques, ainsi qu'une rencontre mensuelle avec tout le personnel. Il existe

⁴⁶⁶ Monney J. C. Interview du 13 février 2009

⁴⁶⁷ Décret du 18 mai 1810 du Gouvernement du Canton de Vaud

⁴⁶⁸ Interview du Dr Abel Masard

une volonté de faire ensemble, de faire équipe, ainsi en 1971, le Président du Conseil de Fondation fait part « *du souci permanent de faire mieux et moins cher, de développer un esprit d'équipe...* ⁴⁶⁹ ». À ce titre, pour développer cet esprit d'équipe, le 13 juin 1969, une rencontre avec l'ensemble du personnel est organisée pour donner une information sur l'histoire de Nant et son actualité. Ce type de rencontre reste une composante de l'institution, il existe encore actuellement le forum annuel qui réunit l'ensemble des collaborateurs sur un thème d'actualité.

Il est opportun d'ajouter la dimension de la cohérence dans le « faire-ensemble ». En effet, d'un point de vue clinique, les problèmes d'intégration des patients s'immiscent souvent au sein de l'équipe pluridisciplinaire et provoquent fréquemment des conflits entre soignants. Ceux-ci sont généralement la traduction ou le transfert dans une équipe de la conflictualité interne du patient qui ne peut composer avec ses différentes parties en conflit. Ainsi, si le conflit induit dans l'équipe, en miroir de la conflictualité interne du patient, est « agi » au lieu d'être compris et élaboré, il est peu probable que le patient puisse évoluer dans son intégration, vu qu'il a « simplement » évacué son conflit au lieu de le faire évoluer. Il est donc préférable pour le patient – et pour l'équipe – de bénéficier de la cohérence d'une équipe pour faire face à sa conflictualité ou à sa désorganisation interne. Cette cohérence s'établit par rapport à la conception de la pathologie et des stratégies thérapeutiques qui en découlent. La cohérence globale participe à la cohésion d'une équipe qui est source de contenance et de soutien en même temps que terreau pour le travail psychothérapeutique.

La cohérence se définit en physique, en parlant des éléments d'un tout, comme une « *Liaison étroite, une adhérence mutuelle* » et plus largement comme une « *Harmonie, rapport logique, absence de contradiction dans l'enchaînement des parties de ce tout* ⁴⁷⁰ ». Cette définition est parfaitement adaptée à la pratique clinique de la Fondation de Nant. La cohérence en clinique psychiatrique, et particulièrement dans une approche psychodynamique, repose sur une conception commune des acteurs, c'est-à-dire sur une même référence théorique. Puisque le soin psychique n'a pas de support concret, il ne peut exister d'intelligibilité de celui-ci sans théorie. Un référentiel commun permet de concevoir la pathologie psychique (quelle problématique), de traduire cliniquement une

⁴⁶⁹ PV du Conseil de Fondation du 30 avril 1971

⁴⁷⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/coherence>, consulté le 17.09.2016

stratégie (quelle thérapeutique) et de la mettre en perspective dans le cadre d'un projet thérapeutique de manière cohérente (quel projet individuel de soins). Il faut que l'ensemble des acteurs adhère au même référentiel, c'est-à-dire à la philosophie de soins de l'institution, c'est un préalable. Ce référentiel définit également le rôle de chacun dans une complémentarité selon les deux pôles principaux : rôle des soignants et rôle des thérapeutes. Le principe de subsidiarité s'applique pour que les bonnes personnes (différents professionnels), à la bonne place (unité de soins), assurent en première ligne les différentes fonctions soignantes et thérapeutiques d'un projet de soins. La confiance réciproque et l'honnêteté des acteurs sont nécessaires pour que la dynamique fonctionne. Pour que le référentiel théorique soit intégré par les acteurs dans leurs activités thérapeutiques, la formation et l'encadrement sont indispensables pour assurer la cohérence du tout. Ces éléments sont travaillés dans des espaces dédiés où les personnels se rencontrent et échangent régulièrement. Si l'environnement soignant facilite le processus thérapeutique pour le patient, le soutien de l'environnement institutionnel pour les acteurs agit de même. Il s'agit d'un faire-ensemble global à tous les niveaux.

La cohérence s'étend à l'ensemble de l'établissement avec ses différentes unités de soins ainsi qu'au réseau avec lequel il travaille. La complémentarité fait donc référence à l'interdépendance qui peut se décliner en trois dimensions. La première est l'interdépendance médico-soignante que nous avons mentionnée plus haut. La deuxième concerne l'ensemble de l'institution, c'est-à-dire l'interdépendance de différentes unités composant le secteur psychiatrique pour assurer des réponses soignantes adaptées aux problématiques et aux trajectoires des patients. Et la troisième concerne l'ensemble des partenaires du réseau qui assure la trajectoire du patient dans et en dehors de l'institution.

Les unités de la Fondation sont autonomes de par leurs missions différentes, par exemple soins hospitaliers, soins intermédiaires, soins spécialisés (crise, addiction) ou encore soins ambulatoires. Ainsi, l'interdépendance est une dimension supplémentaire du faire-ensemble. Pour réussir cette nouvelle intégration, il est nécessaire de définir des missions, c'est-à-dire des compétences spécifiques dans un domaine et des règles de fonctionnement. La référence au même cadre conceptuel contribue positivement aux collaborations (même langage, même conception de la maladie et des projets thérapeutiques) et favorise la cohérence globale de la trajectoire de soins du patient.

Le faire-ensemble a débuté dans l'équipe soignante, puis s'est élargi aux médecins, avant d'arriver à une troisième étape qui intègre la gestion. Cette dernière étape semble nouvelle mais l'histoire nous montre que, déjà au XIX^e, elle était présente pendant la période d'autocratie médicale. Cependant à ce moment, il n'était pas question de faire avec un directeur qui ne fut pas médecin et la dimension gestionnaire se confondait alors avec celle de la médecine. Cependant, la conscience de faire ensemble avec - si ce n'est la gestion du moins avec l'administration - était déjà présente dans les années trente : « *Il n'est pas possible de mener une thérapeutique sociale efficace sans la participation active et constante de tout le personnel infirmier et administratif de l'hôpital.* ⁴⁷¹ » Mais c'est surtout depuis la fin des années 1980 que ce nouvel acteur a commencé à s'intégrer et à occuper un rôle majeur avec lequel il faudra dorénavant composer. Le faire-ensemble prend ainsi une autre dimension, se complexifie et doit se redéfinir. Comme à l'hôpital, le directeur est le dernier venu dans une histoire qui a commencé avec les soignants et s'est poursuivie avec les médecins, et enfin avec les gestionnaires⁴⁷².

Ainsi, se retrouve la même dynamique de complémentarité et de reconnaissance de compétences que dans la clinique avec les différents professionnels. Avec le gestionnaire, il existe un vrai travail pluridisciplinaire pour lequel une référence commune est plus difficile à trouver que dans le domaine du soin. Cependant, l'intérêt commun est évident : travailler à l'intérêt institutionnel. Il faut donc que chacun comprenne le sens de l'activité de l'autre, travaille sur ses représentations et puisse mettre l'ensemble dans une même perspective. À n'en pas douter, pour se faire, il faut se parler, se rencontrer et nous retrouvons l'indispensable dimension relationnelle comme ciment et indispensable interface au faire-ensemble.

La référence à une philosophie de soins partagée, soit dans le duo médico-soignant, soit dans la politique de secteur, nous semble primordiale. En effet, partir de la même conception de la maladie et du traitement favorise le faire-ensemble et contribue à la cohérence globale. Cette cohérence nous semble particulièrement indispensable face au phénomène spécifique de la maladie mentale qui est la désorganisation qui se manifeste souvent par de l'incohérence. La cohérence et la cohésion d'une équipe pluridisciplinaire

⁴⁷¹ Bonnet M. *Le témoignage d'un infirmier*, revue Esprit, 1952, In *Le témoignage d'un infirmier 1952*, Institutions, N°58, octobre 2016, p. 62

⁴⁷² Donzé P.-Y. *Bâtir, gérer, soigner, Histoire des établissements hospitaliers de Suisse Romande*, Georg Ed. Genève, 2003

face à ces phénomènes sont l'un des leviers les plus puissants. Il ne s'agit pas d'imposer un mode de pensée ou d'avoir l'ascendant ou encore d'établir une relation de pouvoir sur le malade, mais de lui offrir un environnement facilitant sur lequel il puisse se réorganiser.

Cette culture du faire-ensemble médico-soignant et en réseau (secteur) est un terreau facilitant pour intégrer le nouvel acteur gestionnaire. Dans le travail clinique relationnel, il y a une attitude de base d'ouverture à l'autre, à la différence de l'autre, notamment lorsqu'on s'occupe de psychose. Cette attitude et cette aptitude devraient être un facteur facilitant.

Nous retrouvons ces trois dimensions du faire-ensemble à la Fondation de Nant, le parallèle avec Pussin et Pinel est évident, comme celui avec les quakers. Après une pause d'un siècle, il faudra attendre la fin de la Première Guerre mondiale pour rapprocher l'histoire de Nant de celle de la psychiatrie. Ce sont les mouvements de la psychothérapie institutionnelle et des communautés thérapeutiques anglaises fondées sur un travail relationnel avec lesquelles la Fondation de Nant est en phase. Puis à partir des années soixante, ce sera la politique de secteur, celle qui a inspiré le projet du Dr Miéville pour la construction du secteur psychiatrique de l'Est vaudois⁴⁷³. Plus actuellement, nous pourrions évoquer le faire-ensemble avec les associations de patients, de proches, qui nécessitent d'autres stratégies encore mais dont la dynamique de fond reste la même autour d'un intérêt partagé.

Le faire-ensemble a une dimension hautement relationnelle. Les relations se construisent, s'entretiennent et se pensent. Il leur faut les vecteurs tels que des espaces, des stratégies et des cadres de référence. Ce dernier point sera repris dans la rubrique formation. Les espaces dédiés au faire-ensemble sont formels et informels, que ce soit dans les collaborations disciplinaires ou pluridisciplinaires. Les espaces formels doivent être différenciés, ils n'ont pas tous la même mission et ne réunissent pas les mêmes personnes. Nous avons évoqué ces nombreux espaces cliniques ou institutionnels. En dehors de ceux-ci, c'est dans l'interstitiel que se joue également cette dimension relationnelle. Il semble nécessaire également que chacun joue une part active en s'impliquant. Encore une fois, il ne s'agit pas d'une technique mais d'une stratégie qui s'opérationnalise dans le quotidien. C'est-à-dire qu'au-delà de toute formalisation d'espaces dédiés à la relation, elle se

⁴⁷³ Miéville C. Avenir du secteur psychiatrique de l'Est Vaudois, 18 mai 1984, document interne

développe également dans l'informel et l'interstitiel qu'il faut – si ce n'est organiser – du moins favoriser si l'on considère que le vecteur principal du faire-ensemble est la relation.

3.2.3. La formation interrogée

La formation participe à la transmission des savoirs qui permettent à leur tour l'acquisition de compétences (savoir intégré) au sens de Le Boterf ⁴⁷⁴. Nous pouvons considérer Pussin comme le premier formateur en psychiatrie. Il a développé des compétences et un concept qu'il a formalisé et qui a servi à Pinel pour formaliser le traitement moral. À partir de là, nous pouvons imaginer l'encadrement que Pussin proposait à ses collègues, qui ainsi se formaient à la pratique du soin. « Cette école » s'éteindra au moment où Pussin prendra sa retraite de la Salpêtrière du fait de son remplacement par Esquirol, un médecin animé par une autre philosophie. Pussin n'a pas eu à notre connaissance de successeurs se réclamant de ses principes si l'on excepte Nant qui s'est inscrit dans ses pas, même si cette inscription, qui peut paraître fortuite ne l'est pas tout à fait comme nous l'avons montré.

La formation est considérée avec intérêt dans certains établissements c'est ainsi qu'à l'hôpital de Fribourg la responsable des soins recevait l'équivalent d'un an de salaire pour former son successeur. Mais dans l'histoire de la psychiatrie, cet intérêt n'existe pas au XIX^e, il faudra attendre l'après-guerre (39-45) pour qu'il ressurgisse. Il réapparaît en 1946 sous l'impulsion du Dr Daumezon qui organise des stages de formation pour les infirmiers dans le cadre de la CEMEA ⁴⁷⁵(centre d'entraînement aux méthodes pédagogiques actives nées dans le contexte du front populaire en 1936).

Au-delà de son évidence, la formation est un levier de qualité des soins par les compétences qu'elle entend développer auprès des participants ; elle est aussi un agent de cohésion pour une équipe formée au même domaine. Elle est donc un levier très important du faire-ensemble. Ce n'est pas banal que cette question revienne sur le devant de la scène après la guerre 39-45 qui a mis en évidence la situation catastrophique des hôpitaux psychiatriques et de leurs patients pendant ce conflit majeur. Il a fallu changer et cette évolution est passée par la formation de l'ensemble des acteurs et non seulement

⁴⁷⁴ Le Boterf G. *Construire des compétences individuelles et collectives*, Ed. d'Organisation, 4^{ème} éd. Paris 2006

⁴⁷⁵ <http://www.cemea.asso.fr/spip.php?article952>, consulté le 5.08.2016

par celle des médecins. Il s'agissait de retrouver la complémentarité des compétences et renouer avec quelque chose de la tradition Pinélienne.

La formation, vecteur du faire-ensemble soignant, est également vecteur du faire-ensemble avec la gestion. C'est aussi juste après la guerre qu'a été fondée l'école nationale de santé publique en France. Progressivement, l'ensemble des cadres du domaine sanitaire se formeront en gestion malgré que la participation des médecins y est réduite au minimum. Les soignants vont ainsi s'approprier des outils de gestion et se rapprocher de cet autre domaine de l'institution sanitaire. La formation contribue au faire-ensemble par le partage des mêmes représentations et des mêmes outils de gestion, voire des mêmes concepts.

Nant suivra cette évolution et investira dans la formation. Les fondateurs sont allés se former « un peu » à l'hôpital psychiatrique et dans d'autres institutions même s'ils l'ont surtout fait à leur manière. C'est beaucoup par tutorat que la formation s'est opérée. Jean-Claude Monney a été le mentor de beaucoup d'infirmiers et c'est principalement par l'exemple qu'il a transmis ses compétences. Les véritables formations se sont organisées à la fin des années soixante-dix et se sont étoffées progressivement pour devenir un pôle d'attraction pour les collaborateurs. À ce titre, dans le programme interne de formation 2015-2016, il y a plus de 50 séminaires et activités formatrices malgré que Nant ne soit pas un établissement universitaire. Son originalité et son attrait reposent probablement sur l'accès pour les soignants à nombre de formations qui facilitent la possibilité pour eux de s'impliquer dans des tâches thérapeutiques. En ce sens, Nant rejoint les traditions des époques où la formation était valorisée et elle concerne principalement les périodes dans lesquelles la dimension relationnelle des soins est investie comme un des principaux leviers thérapeutiques. D'ailleurs, compte tenu de la situation des soignants qui partagent beaucoup de temps avec les patients dans la vie quotidienne, la dimension relationnelle existe forcément dans les soins. Ainsi, cette dimension relationnelle intéresse les soignants qui se débattent à longueur de journée avec ces questions et ont intérêt à être armés sur ce terrain.

3.2.4. Les valeurs revisitées

On ne peut imaginer Pussin qu'animé par des valeurs sans quoi il n'aurait sûrement pas entrepris ce qu'il a réalisé. C'était à n'en pas douter un humaniste - qui s'ignorait comme les fondateurs -. Pinel partageait les valeurs des francs-maçons, épris de progrès et

intéressé par les idées novatrices. Ce sont ces valeurs motrices qui ont contribué à la création d'un espace dédié aux soins de la folie. À l'opposé, les valeurs, qui ont prévalu pendant la période asilaire depuis la moitié du XIX^e siècle, se rapprochent de celles liées au pouvoir, à la science et au statut social. Au début du XX^e siècle, le revirement vers les valeurs du début du XIX^e siècle s'opère, notamment avec le concours des artistes intéressés par la folie et leurs productions artistiques. En même temps, de son côté, la psychanalyse s'intéresse aux individus, au rapport individuel et égalitaire qui était soutenu par les mouvements communistes du moment. Beaucoup de psychiatres qui ont introduit la psychanalyse en institution s'intéressaient à la philosophie et notamment à celle de K. Marx. Rappelons l'anecdote du Dr Guillaud qui n'a pas obtenu son visa pour les Etats Unis parce qu'il était inscrit au parti communiste français, laissant la voie américaine au Dr Sivadon. Ce contexte philosophique n'est pas sans rappeler celui du XVIII^e siècle, siècle des philosophes à la fin duquel les idées révolutionnaires étaient très présentes et ont contribué à considérer le fou comme un alter ego citoyen.

De toute évidence, les valeurs ont joué un rôle fondamental chez les fondateurs de Nant. Ils étaient férus de valeurs chrétiennes et humanistes : respect, égalité, dignité, liberté, tolérance, liens, relations humaines, dialogue, compréhension, empathie, indulgence, bienveillance... Ce ne sont pas les reconnaissances sociales ou académiques qui les motivaient mais bien celles qui relient les hommes dans leur dimension humaine et, bien entendu, les valeurs spirituelles qui transcendent les hommes mais qu'ils gardaient pour ceux qui souhaitaient les partager sans jamais faire de prosélytisme. Nous pouvons considérer les fondateurs comme une illustration des thèses de M. Weber⁴⁷⁶ sur les valeurs protestantes et leurs traductions concrètes au travers d'un investissement dans le travail quotidien « à la gloire de Dieu ».

Les liens avec l'histoire de la psychiatrie se retrouvent aisément dans les périodes qui ont mis l'accent sur la relation à l'autre, tant vis-à-vis des patients que vis-à-vis des collaborateurs. Le travail relationnel avec les patients va de pair avec un travail relationnel entre collaborateurs. Ce postulat met en lumière un lien avec la gestion dans la mesure où un type d'orientation clinique conditionne les rapports entre les collaborateurs et la manière de les organiser. Les fondateurs travaillaient dans un esprit

⁴⁷⁶ Weber M, *L'éthique protestante et l'esprit capitaliste*, (1904-1905) Gallimard, collection TEL, Paris, 2003

de collaboration fraternelle, dans le sens de la communauté religieuse⁴⁷⁷ traditionnelle qui s'est beaucoup développée dans la tradition catholique. De même, le mouvement protestant des diaconesses s'est construit sur le modèle catholique des sœurs visiteuses⁴⁷⁸. La communauté des débuts des fondateurs s'est professionnalisée en communauté thérapeutique dans laquelle la vie au quotidien s'organise comme agent thérapeutique principal.

Chaque valeur pourrait être reprise et commentée, mais nous allons nous arrêter à quelques-unes qui nous semblent emblématiques. L'accueil nous apparaît comme une de ces valeurs fondamentales. Il n'est pas banal que les fondateurs appellent leurs premiers patients leurs « hôtes ». Il y a dans ce positionnement humain et philosophique un accent mis sur l'accueil à l'autre que nous considérons comme une valeur première. Les fondateurs avaient à cœur d'accueillir toute personne qui sollicitait leur aide. Ils ne faisaient pas de tri et surtout pas en vertu de leur croyance religieuse. Cette valeur d'accueil peut se décliner de bien des façons et nous en retiendrons deux : la première est l'accueil proprement dit : pour accueillir quelqu'un, il est nécessaire d'être disponible pour rencontrer la personne, que ce soit dans la communauté du début ou, plus tard, dans le cadre d'une thérapie ou encore dans le cadre de l'accueil d'un nouveau collaborateur. La deuxième est la question de l'accès aux soins. En effet, pour être traité, il faut être accueilli, par ce biais, c'est de l'accès aux soins qu'il s'agit. L'accès s'organise non seulement dans l'attitude d'accueil des soignants mais également dans l'organisation des dispositifs. C'est dans ce sens que la Fondation s'est organisée avec les unités de soins réparties sur l'ensemble du secteur pour favoriser cet accès aux soins. C'est également dans ce sens qu'ont été ouvertes des unités spécialisées telles que celle de l'ethnopsychiatrie ou les consultations spécialisées pour les problèmes d'addiction. Cette valeur montre différentes dimensions dont une première soignante et une deuxième plus managériale, c'est-à-dire en organisant les dispositifs de manière à contribuer à opérationnaliser l'accès aux soins. Dans l'histoire de la psychiatrie, cette valeur d'accueil a été instaurée en créant un espace dédié aux soins de la folie, puis en adaptant les services aux besoins de la clientèle à l'exemple de l'ouverture des unités ou du déploiement de la

⁴⁷⁷Pour une définition plus détaillée, par exemple :

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ccsclife/documents/rc_con_ccsclife_doc_02021994_fraternal-life-in-community_fr.html, consulté le 5.08.2016

⁴⁷⁸ Donzé P.-Y. *Bâtir, gérer, soigner, Histoire des établissements hospitaliers de Suisse Romande*, Georg Ed. Genève, 2003, p.92

politique de secteur. L'accès aux soins est également soutenu par les dispositifs mobiles ou encore les services de liaison qui vont à la rencontre des patients dans les établissements non psychiatriques. Nous trouvons à Nant l'ensemble de ces dispositions mises en place pour favoriser l'accès aux soins.

La considération de l'autre comme un « alter ego » est une valeur importante. Pinel considérait les aliénés comme des citoyens au même titre que lui-même dans le contexte de la Révolution française. De leur côté, les fondateurs considéraient les patients comme des fils de Dieu comme eux-mêmes dans le contexte de leur engagement religieux. Ce positionnement conditionne les relations en plaçant l'autre dans un rapport plutôt égalitaire que « hiérarchique » ou très asymétrique. Comme nous l'avons relevé, ce type de rapport a été complètement inversé pendant la période de « totalitarisme » médicale et des traitements collectifs. Le retour au rapport plus égalitaire a été favorisé par la suite à l'aide de la psychanalyse qui s'inscrit dans l'investissement de la singularité des sujets, autrement dit des personnes. Relevons également que le développement des alternatives à l'asile, telles que les colonies agricoles déjà au XIX^e siècle, et plus tard les communautés thérapeutiques, la psychothérapie institutionnelle et la politique de secteur vont dans ce sens. Ce sont ces approches du début de la psychiatrie et dans le post-asilaire que les valeurs de l'histoire de la psychiatrie et celles de Nant se retrouvent.

Il faut ajouter une dimension plus thérapeutique à ce positionnement « égalitaire » : le soutien. En effet, chaque personne en difficulté psychologique souffre d'un manque d'estime de soi, bien qu'il puisse apparaître de manière inversée sous forme d'idées de grandeur. Ce manque d'estime a besoin de soutien, c'est-à-dire de valorisation. Accorder une attention authentique au patient, c'est donner une valeur à sa personne et lui attribuer de fait de la valeur. Valoriser c'est offrir du soutien⁴⁷⁹. Ainsi, la valeur prend une dimension thérapeutique. Il en va de même pour d'autres valeurs telles, par exemple, le respect, la bienveillance, la dignité ou la tolérance.

La vie communautaire était pour les fondateurs une valeur. Il s'agissait pour eux de vivre dans le partage, ce qui est une valeur chrétienne importante. En instaurant une vie communautaire, ils ont créé un environnement dans lequel les patients pouvaient trouver un appui pour recouvrer la santé, traverser une épreuve ou encore trouver du soutien.

⁴⁷⁹ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

Les psychanalystes, dont notamment Winnicott, ont développé le concept de cadre thérapeutique et d'environnement facilitant⁴⁸⁰. Schématiquement, cet environnement permet de vivre de nouvelles expériences relationnelles facilitant l'expérience thérapeutique afin de dépasser les difficultés rencontrées. Cet environnement facilitant est avant tout un environnement relationnel, habité par les personnes qui lui donnent vie. Il peut être contenant, structurant, mobilisant, soutenant ou encore validant pour reprendre la catégorisation de J. Gunderson⁴⁸¹. Les fondateurs ont, sans le savoir, instauré cet environnement thérapeutique⁴⁸². Il existe de fait un lien avec les psychanalystes qui l'ont conceptualisé plus tard. Les fondateurs étaient en quelque sorte « psychanalytiques » en toute ignorance de cause.

Les valeurs chrétiennes et les valeurs thérapeutiques ont finalement un important tronc commun au-delà des intentions et croyances de chacun. Partant d'un point de vue différent, voire opposé, chrétiens et thérapeutes se retrouvent sur le même champ. Fondamentalement, les valeurs chrétiennes comportent une dimension thérapeutique à l'exemple du partage dans la vie communautaire faisant office d'environnement thérapeutique ou du respect de l'autre dans la dimension de soutien. Dans ce sens, il n'est pas aberrant d'avancer que valeurs chrétiennes et thérapeutiques ne s'opposent pas et se rejoignent, voire se confondent. N'était-ce pas le vœu premier des fondateurs de ne pas opposer foi et science ? «... *premièrement, ne pas voir d'opposition entre la médecine – plus précisément la psychiatrie – et la foi... ouvrir une maison dans laquelle la foi puisse être alliée à la médecine...* »⁴⁸³ Ces valeurs partagées font bon ménage dans une optique similaire du mieux-être de l'homme.

Epilogue : de la psychiatrie à la médecine mentale

Ce dialogue montre sur quoi Nant rejoint, ou s'éloigne, des différents mouvements de l'histoire de la psychiatrie. De toute évidence, la jonction s'établit lorsque l'abord des

⁴⁸⁰ Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1980. *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot Paris, 1983,

⁴⁸¹ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

⁴⁸² Panchaud R. Miazza M. *L'environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs infirmiers, 60-705-N-10, 2011

⁴⁸³ C. *Une aventure, l'appel*, document interne, Fondation de Nant, juin 1967

patients est fondé sur une approche relationnelle. Celle-ci est la constante de la Fondation, le fil conducteur de son histoire. Mais cette approche n'est pas (plus) d'actualité, le modèle dominant va dans le sens d'une médicalisation et d'un abord neuroscientifique, on parle de plus en plus de « médecine mentale ». «... *les psychanalystes se retirent de plus en plus sous leur tente et désertent, peu à peu, un champ psychiatrique, dominé maintenant par la neurobiologie, la génétique et l'épidémiologie... les psychiatres américains se convertissent massivement à une approche neuroscientifique.* ⁴⁸⁴ » Pourtant, avec J. Hochmann, «... *on voudrait défendre ici l'idée que la psychiatrie a, au moins provisoirement, plus à attendre d'un rapprochement avec les sciences humaines, notamment l'histoire, qu'avec la neurobiologie... la science cherche les régularités, la clinique psychiatrique, comme l'histoire, cherche à donner sens à l'événement unique.* ⁴⁸⁵ »

Dans ce contexte, les pressions pèsent sur ceux qui gardent une approche relationnelle et particulièrement si elle se réfère à la psychanalyse. Ainsi, la Fondation est d'autant plus sous pression compte tenu de son statut privé et de sa référence conceptuelle. De plus l'isomorphisme ambiant pousse les établissements à suivre des guidelines qui sont « labellisés » par de discutables résultats de recherches ou *l'evidence-based medicine* (EBM). Ce sont également des exigences que les associations de patients ou de proches revendiquent, notamment les approches neuroscientifiques, qui laissent de côté les aspects relationnels au grand soulagement des familles en difficulté dans les liens avec leur membre malade psychiquement.

Ainsi, la marge de manœuvre de Nant se rétrécit et l'écart se creuse dangereusement entre sa pratique et celles de l'environnement. Le défi est de taille pour maintenir à l'avenir sa politique de soins dont l'impact sur les modes de gestion est fondamental.

⁴⁸⁴ Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 2004, p. 119 - 120

⁴⁸⁵ Hochmann J. *Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie*, L'évolution psychiatrique, vol. 82, juillet/septembre 2017, p. 477

Conclusion de la première partie

Dans cette première partie, nous avons présenté notre sujet et notre méthodologie et avons constitué une histoire de la Fondation de Nant ainsi qu'une synthèse de l'histoire de la psychiatrie. Dans un dialogue entre ces deux histoires, nous avons mis en évidence les points de rencontre et les divergences.

Nous avons constaté que la naissance de la psychiatrie et de la Fondation de Nant s'enracine sur une pratique soignante et que celle-ci s'inscrit dans une rupture avec les pratiques du moment. De part et d'autre, un espace dédié aux soins de la folie a été instauré pour rencontrer et soigner les « fous » alors considérés comme alter ego. En effet, pour la naissance de la psychiatrie, c'est l'avènement du « fou citoyen » et pour la Fondation de Nant, c'est le « fou fils de Dieu » ; pour chacun il existe un contexte déterminant : le siècle des Lumières et la Révolution Française d'un côté et de l'autre, le contexte du protestantisme et du Réveil protestant.

Nous avons vu que la dimension personnelle joue un rôle important dans le sens d'être touché personnellement, ou de près dans sa famille, par la maladie. J. B. Pussin avant d'être le gardien des fous étaient lui-même hospitalisé pour des raisons somatiques et les fondateurs avaient chacun un malade mental dans sa famille.

Nous avons constaté que la dimension relationnelle dans la stratégie thérapeutique, les valeurs humanistes qui la sous-tendent, et la conviction de la curabilité, ou du moins le soulagement des maux psychiques, sont à la base de la motivation, tant pour les tenants du traitement moral qui ont fondé la psychiatrie, que pour les fondateurs dans leur positionnement qui a abouti à la création d'une communauté thérapeutique.

Nous voyons une dimension entrepreneuriale présente tant chez les fondateurs de Nant que ceux de la psychiatrie dans le sens qu'ils ont opéré une « rupture créatrice ».

Nous avons rappelé que la psychanalyse a redonné espoir à la psychiatrie très pessimiste du début de XX^e siècle et montré que cette même référence a apporté à Nant la possibilité de professionnaliser son approche humaniste.

Nous avons signalé qu'approche psychanalytique et valeurs humanistes s'inscrivent en faux du courant actuel dominant de la psychiatrie, orienté plutôt vers les neurosciences et le traitement symptomatique. Ainsi, la cohérence institutionnelle à la Fondation de Nant basée sur cette référence clinique est menacée.

Nous avons constaté que la pratique clinique basée sur la personne et l'approche relationnelle conditionne les modes de gestion qui ne peuvent pas ne pas être en phase avec elle pour assurer une cohérence globale et son faire-ensemble global entre cliniciens mais également entre cliniciens et gestionnaires. Cette complémentarité des rôles entre soignants et médecins a été déterminante pour la naissance de la psychiatrie et pour la Fondation de Nant, le travail d'équipe devient un trait dominant de sa culture qui conditionne ses modes de gestion et facilite le faire-ensemble globale. Celui-ci a débuté par un faire-ensemble dans une équipe soignante, puis entre soignants et médecins et enfin entre cliniciens et gestionnaires. Cette philosophie des soins nécessite de la formation et celle-ci occupe une position centrale pour la transmission des savoirs et la qualité des soins.

Nous avons indiqué que la dernière décennie amène une pression de plus en plus vive dans le domaine de la psychiatrie et pèse sur la Fondation de Nant, notamment par rapport à sa référence clinique qui conditionne ses modes de faire. Considérant que cette référence, cette philosophie de soins, est à la base de la clinique et des modes de gestion, la Fondation de Nant se trouve à un carrefour important face à son avenir.

2^{ème} partie

de la structure à la physiologie

Le terme clinique a une acception générale dans le champ de la médecine liée à l'observation directe du malade et à la pratique qui en découle. Foucault estime que la clinique médicale est née à la fin du XVIII^e siècle, au moment où «... elle (la médecine) se prend à réfléchir sur elle-même, elle identifie l'origine de sa positivité à un retour, par-delà toute théorie, à la modestie efficace du perçu.⁴⁸⁶ » Comparant les textes de Pomme (1769) et de Bayle (1825), Foucault met en évidence le virage qui fait sortir la médecine du fantasme, un « langage sans support perceptif » pour entrer dans « un monde de constante visibilité ⁴⁸⁷ », c'est-à-dire en lien direct avec l'observation. Dès lors, la clinique devient ce « qui s'opère au chevet du malade... qui repose sur l'observation directe du malade alité... » ou encore elle est comprise comme une « méthode de diagnostic par l'observation directe et sans l'aide des moyens de laboratoire, du malade alité. ⁴⁸⁸ »

Cette idée de l'observation directe a fait étendre l'application du terme « clinique » à la sociologie : « L'observation clinique (...) trouve son application en sociologie au niveau des groupes de taille réduite (à cet égard l'observation ethnographique est, dans les meilleurs cas, de type clinique, lorsqu'elle s'exerce sur des sociétés restreintes qui admettent avec l'observateur, une relation immédiate et « subjective ») et des situations individuelles (études des meneurs et des personnalités exceptionnelles dans les collectivités). ⁴⁸⁹ » Suivant cette référence, le CNRLT définit également la clinique comme l'« Observation de petits groupes de sujets et de situations individuelle.⁴⁹⁰ » Ainsi, il nous semble à propos de parler de clinique des organisations dans le sens d'une observation directe de « société restreinte » dans le but d'une conclusion opératoire. D'ailleurs, n'est-ce pas le processus que tentent d'opérer les audits, ne s'agit-il pas d'une clinique des organisations par observation directe ? Notre position de « participant chercheur » nous met précisément dans ce cas de figure.

Dans la clinique psychiatrique, cette observation directe présente une particularité. En effet, contrairement à la médecine somatique, la psychiatrie n'a pas l'objet corporel comme support de la pathologie⁴⁹¹, elle est en prise directe avec la personne, le sujet, sans

⁴⁸⁶ Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 9

⁴⁸⁷ Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 6

⁴⁸⁸ <http://www.cnrtl.fr/definition/clinique>, consulté le 25 septembre 2016

⁴⁸⁹ Foulquié P. Saint-Jean R. *Dictionnaire de la langue philosophique*, PUF, Paris, 1962, p. 98

⁴⁹⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/clinique>, consulté le 25 septembre 2016

⁴⁹¹ Kapsambelis V. *La question de la confiance en psychiatrie*, santé mentale N° 201, oct. 2015, pp. 28-32

l'intermédiaire du corps. C'est notamment pour cette raison, l'absence d'objet concret, que la psychiatrie a besoin de théorie. Comme nous l'avons déjà relevé, il n'y a pas d'intelligibilité du soin psychiatrique sans théorie. La psychiatre est en quelque sorte un objet « dématérialisé ». Nous estimons que de ce fait, il existe une parenté avec la gestion dans le sens où il n'y a pas non plus en gestion d'objet concret dans l'observation et la conduite de groupe mais la nécessité de construire des idéaux types pour avoir accès à ce qui se passe. Au-delà des finalités différentes de la clinique et de la gestion, il existe une homologie évidente qui peut être autant exploitée avantageusement pour faire dialoguer deux mondes « sans corps » – pratiques cliniques et pratiques de gestion – Partir d'une parenté plutôt qu'une application sans distinction entre ces deux champs, comme relevé dans le chapitre liminaire, participe à ne pas tomber dans la confusion qui se traduit par l'application de solutions soignantes aux problèmes d'organisation. Malheureusement, la psychanalyse offre un terrain particulièrement favorable à cette confusion et les tentatives ne manquent pas, jusqu'à vouloir carrément mettre l'institution en analyse⁴⁹². Même si de prime abord, l'idée paraît séduisante de pouvoir « soigner » l'organisation, à voir de plus près, et en suivant l'avis d'E. Jacques, la méthode ne paraît pas adaptée et tient de l'illusion ou de la confusion. Nous estimons plutôt qu'un établissement s'organise, se gère, et de ce fait, évolue ou se transforme mais ne se soigne pas dans le sens clinique du terme.

Le concept de clinique est particulièrement adapté aux sciences molles, ou de « l'imprécis⁴⁹³ », réfractaires à la causalité universelle. En effet, si les sciences dites « dures » tentent d'expliquer des phénomènes, les sciences (humaines) dites « molles » tentent de les comprendre, autrement dit, cherchent à donner du sens. La quête de sens fait appel à la subjectivité du chercheur, comme, en psychanalyse où le sens est le produit de la rencontre de deux subjectivités. Pour donner du sens, il est nécessaire de simplifier, catégoriser, voire de grossir le trait à partir du matériel présent. Dans ce cas, il ne s'agit pas de construire un modèle explicatif mais de dégager des lignes principales qui donnent sens. C'est sur cette voie que nous allons développer la thématique de l'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. Comme nous l'avons déjà précisé dans la

⁴⁹² Enriquez E. *L'organisation en analyse*, PUF, Paris, 2003

⁴⁹³ Moles A. *Les sciences de l'imprécis*, Ed. du seuil, Paris, 1995

partie méthodologique, nous ne sommes pas dans une perspective déterministe mais plutôt interprétativiste.

Nous partons du postulat que pour donner du sens, il n'y a pas de cause unique à un phénomène dans le domaine des sciences molles. Il en est de même pour les idéaux types qui «... sont des constructions mentales du chercheur plus adaptées à la complexité du social en mettant en relation pour chaque processus les divers et hétérogènes « sens visés » par les acteurs sociaux ainsi que leurs motifs. ⁴⁹⁴ » L'idéaltype est un instrument d'intelligibilité qui est rattaché au choix d'une perspective.

Partant de ce constat, il est nécessaire de travailler avec plusieurs référentiels, tout au moins un pour la pratique clinique et un autre pour la pratique de gestion. Ainsi, la pluralité des référentiels devient une donnée avec laquelle nous devons composer. Sortie d'une illusoire vision unique, l'organisation est confrontée à une complexité par la diversité des modes de penser (dialogie) qui sont souvent perçus comme des antagonismes inconciliables. En suivant E. Morin dans sa conception de la complexité, il semble envisageable de sortir de l'impasse. Ainsi, il serait possible de composer avec la dialogie, l'antagonisme et la récursivité dans une dynamique qui lie ces différents éléments. Pour lui, le complexe est « *ce qui est tissé ensemble*⁴⁹⁵ ». Un possible maillage permettrait de rallier chacun au profit d'un intérêt commun « supérieur ». Cependant ce maillage ne peut pas être une ligne droite, il y a forcément des ruptures, des discontinuités, des incompréhensions, des malentendus qui sont à remettre dans une dynamique évolutive plutôt qu'à éliminer.

Cette compréhension et appréhension des éléments contradictoires et antagonistes sont bien connues dans le domaine du soin psychique et de la psychanalytique en particulier. Rappelons le fameux paradoxe winnicottien au sujet de l'enfant qui est à la fois séparé et relié à la mère. Ce paradoxe est non seulement positif mais en plus, il ne doit pas être résolu au risque de créer de la pathologie. « *De ces considérations (objets et phénomènes transitionnels) émerge l'idée que le paradoxe accepté pourrait avoir une valeur positive. La résolution du paradoxe conduit une organisation de défenses qui, chez l'adulte, se rencontre*

⁴⁹⁴ Dandier B. *Les « idéaltypes » de Max Weber, leurs constructions et usages dans la recherche sociologique.* 2004 http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/weber_max/idealtypes/weber_idealtypes.pdf consulté le 10.02.2017

⁴⁹⁵ Morin E. *La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité*, Revue internationale de systémique, Vol. 9, N° 2, 1995

*sous forme d'une organisation du vrai ou du faux soi.*⁴⁹⁶ » Notre position de participant chercheur, nous met en bonne posture pour opérer une clinique de la gestion de la Fondation de Nant et tenter de faire une observation rapprochée jusque dans les détails de son fonctionnement. Travaillant à l'intérieur depuis de nombreuses années, nous sommes à même de connaître ces détails qui font souvent défaut aux analyses et audits externes qui ne peuvent ni percevoir ni prendre en compte les aspects de détails et leur finesse qui permettent à l'organisation de fonctionner.

C'est précisément cette approche clinique, nourrie également par le matériel issu de l'analyse documentaire et des entretiens, qui a servi de fil conducteur à cette seconde partie afin de comprendre en profondeur les « ressorts » de la pérennité d'une institution atypique.

Comme dans toute démarche clinique, nous chercherons dans cette partie à mettre à jour les caractéristiques essentielles de cet établissement dans sa quotidienneté, avant de les mettre en perspective dans son environnement (chapitre 1). Puis, nous bâtirons un cadre interprétatif des éléments observés à partir des différents courants théoriques traitant de la pérennité (chapitre 2), ces éléments nous permettant, à la façon du praticien qui choisit ses traitements en fonction d'objectifs d'évolution attendue de la pathologie, d'esquisser des mécanismes de fonctionnement, autrement dit une physiologie. C'est ainsi que le rôle structurant de l'homologie entre les pratiques cliniques et les pratiques de gestion est mis en lumière, catalysé par des interstices qui permettent que « ça marche ! » (chapitre 3).

⁴⁹⁶ Winnicott D. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1971, p. 25

1. Lecture anamorphosique de la réalité de Nant

Qu'en est-il de la Fondation de Nant aujourd'hui ? Que reste-t-il de la vision des fondateurs, de leurs valeurs ? Devenue maillon important de la psychiatrie de secteur, Nant doit composer entre ce qui la fonde et ce qui la finance. Qu'en est-il de son statut privé, de sa gouvernance, de ses références, de ses valeurs et de ses objectifs ? Comment est-elle insérée dans l'environnement politique et professionnel ? Parce que la Fondation de Nant est sous surveillance de l'État, sa tutelle, cette dernière lui octroie le droit d'exploiter et la contrôle à travers le contrat annuel de prestations négocié chaque année. Nant est confrontée à la norme statutaire et aux courants dominant de la psychiatrie. Nous allons détailler un descriptif de la Fondation dans ses murs et dans son environnement incertain avant de poursuivre notre réflexion.

La Fondation de Nant est une Fondation privée d'intérêt public. Depuis 1985, son mandat consiste à assurer la psychiatrie publique de l'ensemble de la région de l'Est vaudois (secteur psychiatrique de l'Est vaudois). Ses valeurs, sa mission et son projet sont définis dans sa charte dont la dernière version date de 2007. Elle compte actuellement environ 300 postes équivalents plein-temps, soit plus de 400 collaborateurs.

Les particularités de la Fondation de Nant concernent son statut privé, sa mission, son référentiel théorique et son organisation. Rappelons que, dans le paysage psychiatrique romand, la Fondation de Nant est la seule institution psychiatrique privée remplissant un mandat de santé publique. Ensuite, ses modes de gouvernance ont la particularité d'avoir un directeur général qui n'est pas un professionnel du soin. Et, compte tenu de son statut privé, les instances de gestion, définies dans ses statuts, lui sont propres : Conseil de Fondation, Comité de Direction et Direction Générale. Son mode de management participatif et par projets lui est propre également. Par ailleurs, la psychodynamique psychanalytique occupe une place fondamentale, non seulement comme référentiel clinique, mais encore comme valeur institutionnelle. Et enfin, son inscription régionale, est aussi à verser au nombre de ses caractéristiques.

1.1. Nant dans ses structures

1.1.1. Un statut juridique privé d'intérêt public

La Fondation de Nant est une Fondation au sens des articles 80 et suivants du code civil suisse (Code Civil, art. 80 : « *La Fondation a pour objet l'affectation de biens en faveur d'un*

but spécial.⁴⁹⁷ »). Ce statut est très courant en Suisse, à titre indicatif, on compte 13 075 Fondations d'utilité publique en fin 2015 et le canton de Vaud 1 403⁴⁹⁸. La Fondation de Nant a été constituée par le 31 octobre 1961 par acte authentique (CC art 81 - 1 : « *La Fondation est constituée par acte authentique* ») signé par les notaires D. Dénéreaz et P. Rochat à Vevey et est inscrite au registre du commerce (CC art 81 -2 : « *L'inscription au registre du commerce s'opère à teneur de l'acte de Fondation* »). L'acte constitutif de la Fondation de Nant a été ratifié par le cercle de la Justice de Paix du cercle de Corsier le 23 décembre 1961. Son siège est à Corsier-sur-Vevey et elle est représentée par un Conseil de Fondation.

Toutes les Fondations sont soumises au contrôle de l'autorité de surveillance cantonale de l'État de Vaud (règlement de la surveillance des Fondations du 30 avril 2008 -211.71.1) à qui le Conseil de Fondation transmet annuellement le rapport de l'organe de révision des comptes qui vérifie l'affectation des biens aux buts fixés (CC art. 84 -2 : « *L'autorité de surveillance pourvoit à ce que les biens des Fondations soient employés conformément à leur destination.* »). Tout changement de statut nécessite l'approbation de l'autorité de surveillance. La dernière décision d'entériner les nouveaux statuts de la Fondation date du 25 juin 2009⁴⁹⁹. La Fondation de Nant est exonérée d'impôts puisque son but est d'utilité publique et que les membres de son Conseil siègent à titre bénévole.

La Fondation de Nant est un établissement sanitaire privé d'intérêt public. Elle est membre de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) qui défend le statut privé reconnu d'intérêt public et le partenariat privé-public des établissements sanitaires privés d'intérêt public. Il s'agit de l'aboutissement de l'histoire des infirmeries vaudoises qui ont vu le jour au milieu du XIX^e siècle. Elles avaient vertu de compléter l'offre en répondant aux besoins sanitaires locaux et « *les personnalités qui créent ces infirmeries, (sont) généralement conservatrices et opposées à l'intervention de l'État dans les affaires locales.* ⁵⁰⁰ » Actuellement, la FHV propose un modèle qui « *associe une vision entrepreneuriale et concurrentielle à la légitime nécessité d'un contrôle de l'offre par*

⁴⁹⁷ <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201407010000/210.pdf> consulté le 7.12.2014

⁴⁹⁸ <http://www.swissfoundations.ch/fr/faits-chiffres>, consulté le 25.09.2016

⁴⁹⁹ Courrier de l'autorité de surveillance du 25 juin 2009

⁵⁰⁰ Donzé P.-Y. Bâtir, gérer, soigner, Histoire des établissements hospitaliers de Suisse Romande, Georg Ed. Genève, 2003, p. 77

l'État.⁵⁰¹ » L'idée est de conserver une indépendance managériale à ses membres pour favoriser leur adaptation à l'évolution de l'environnement par leur créativité et leur innovation contextuelle.

1.1.2. Un mandat de santé publique

La Fondation de Nant remplit les critères légaux pour être reconnu d'intérêt public. La loi du 5.12.1978 (revue et entrée en vigueur en 1.01.2012) sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public⁵⁰² (LPFES 810-01) définit les dispositions générales permettant à un établissement de remplir les critères pour être considéré comme établissement d'utilité publique. Dans son article 4, il est précisé que l'établissement doit notamment remplir cumulativement plusieurs conditions telles qu'être indispensable à la couverture en besoins pour l'hospitalisation, accepter tout patient correspondant à son équipement, se soumettre aux règlements de planification de financement et de qualité, recourir à un prestataire informatique agréé par le Département, appliquer les dispositions d'une convention collective de travail, se soumettre aux limites pour la distribution du bénéfice et d'adhérer au réseau régional de soins⁵⁰³. La Fondation de Nant remplit l'ensemble de ces critères.

Le mandat du service de la santé public s'inscrit dans la convention passée entre l'État de Vaud et la Fondation de Nant. La première date du 7 août 1968, la deuxième du 3 avril 1974 et enfin la dernière se signe le 12 décembre 1984. Cette dernière convention précise, dans son article premier, que « *L'État confie à la Fondation, qui accepte, le mandat d'organiser la dispensation globale des soins psychiatriques, dans le cadre de la psychiatrie publique, à la population du secteur psychiatrique de l'Est vaudois, défini par le Conseil d'État*.⁵⁰⁴ » Ce mandat reste d'actualité mais il est complété dès 2007 par un contrat de prestations qui définit plus précisément les tâches de chacun, État et Fondation. Il est renégocié et évalué chaque année.

Chaque établissement privé d'intérêt public doit être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter. Celle-ci est délivrée pour les établissements qui remplissent les conditions

⁵⁰¹ <http://www.fhv.ch/synthese.htm>, consulté le 9.11.2012

⁵⁰² http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/328_Texte_CE.pdf consulté le 9.11.2012

⁵⁰³ http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv_site/index.xsp, consulté le 9.11.2012

⁵⁰⁴ Convention du 12 décembre 1984

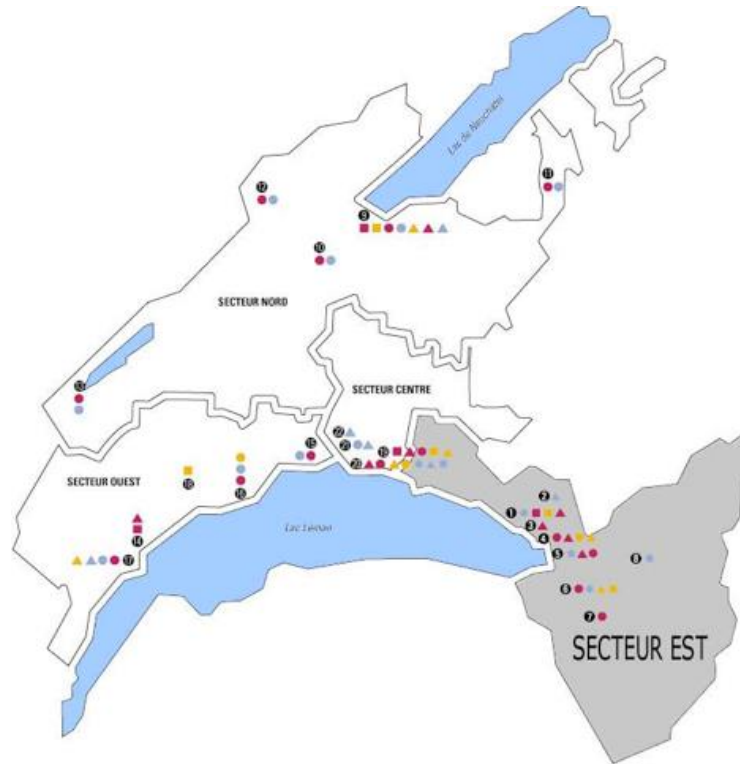
légales et après une inspection du Service de la Santé Publique (SSP). Cette autorisation est valide pour une période de cinq ans. La dernière autorisation date du 3 octobre 2011 après l'inspection du 27.07.2010 pour l'hôpital de soins aigus psychiatriques et les établissements médicaux de soins ambulatoires. Elle comprend, pour le directeur général, l'« autorisation de diriger » l'institution avec une spécification du type d'établissement. Les directeurs médicaux et des soins doivent également avoir une autorisation qui est délivrée après examen des titres en rapport avec les exigences légales vaudoises⁵⁰⁵ selon le règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud.

Le mandat de la santé publique est clair, la Fondation se charge de la psychiatrie publique du secteur de l'Est vaudois, c'est-à-dire de la région de l'Est vaudois. Il faut rappeler qu'à ses débuts, ce qui est devenu la Fondation, n'avait pas de mandat de santé publique et que ses patients venaient d'un peu partout, même au-delà des frontières. Ce mandat de santé publique et le premier positionnement stratégique contribueront à orienter définitivement la Fondation vers une action régionale. Ce périmètre circonscrit de son activité lui permet d'être très directement en lien avec ses partenaires et bénéficiaires (patients, proches et institutions) ce qui facilite sa réactivité. Par ailleurs, son organisation et sa taille résolument moyenne sont adaptées à sa mission et participent à sa flexibilité par sa possibilité d'adapter ses prestations ou son organisation.

La psychiatrie publique vaudoise comprend quatre secteurs psychiatriques. La Fondation se charge de la psychiatrie de la région de l'Est vaudois et les trois autres secteurs s'occupent des trois autres régions cantonales : Centre, Ouest et Nord vaudois.

⁵⁰⁵ Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud du 16 juin 2004, art. 4, 8 et 9
http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Lois_reglements_arretes/Directive_direction_soins.pdf, consulté le 9.11.2012

Figure 11 : Carte des secteurs psychiatriques vaudois



De ce fait, une coordination cantonale est nécessaire pour l'harmonisation de certains projets cantonaux. Le décret de 1967 sur le crédit pour l'acquisition de la clinique « *Les rives de Prangins* » stipule « *Une commission de coordination, désignée par le Conseil d'État et présidée par le médecin cantonal a été chargée de diriger les opérations et de mettre au point les règles qui régiront cette organisation.* ⁵⁰⁶ » Cette commission cantonale de coordination psychiatrique (CCCP) restera active jusqu'à l'intégration en 2008 des trois autres secteurs au sein du Département de Psychiatrie (DP) du Centre Universitaire Hospitalier Vaudois (CHUV) et sera définitivement et unilatéralement abolie par le DP un an plus tard en 2009 dans le cadre du projet « *Triptyque* ».

Dans le cadre de cette opération de regroupement « *Triptyque* », une instance de coordination sous forme de comité de pilotage, est mise sur pied dans laquelle la directrice médicale de Nant a été invitée. Considérée comme une cheffe de service dans cette instance, en 2011, la Dre Gothuey, directrice médicale de Nant, se retire. Nant défend sa stratégie d'indépendance : elle n'est pas un service du DP. En restant dans ce comité, la directrice médicale intègre en quelque sorte le DP alors qu'il serait pour la Fondation de Nant plus profitable de faire renaître une véritable instance cantonale de coordination et

⁵⁰⁶ Décret sur le crédit pour l'acquisition de la clinique « *Les rives de Prangins* » Etat de Vaud, 1967

non une coordination interne au CHUV, instaurée et pilotée par ceux-ci. Dans ce sens, en 2012, une convention tente de voir le jour entre le service de la santé publique et les institutions psychiatriques publiques cantonales, soit d'une part la Fondation de Nant et d'autre part, le département de psychiatrie du CHUV qui comprend les trois autres secteurs psychiatriques du canton. Cette convention organise une instance cantonale de coordination des projets cantonaux dont l'opérationnalisation reste de la responsabilité de chaque secteur. Cependant, cette instance ne trouvera pas de fonctionnement opérationnel et reste encore actuellement en question.

1.1.3. Une gouvernance intégrée

La gouvernance institutionnelle se veut intégrée, c'est-à-dire une clinique et un management proche et travaillant ensemble dans une option d'intégration « anti-clivage » des pôles clinique et gestion dans un projet commun. Ce dernier est formalisé dans la Charte institutionnelle qui est périodiquement mise à jour. La première élaboration de cette Charte s'est faite par de nombreux allers-retours entre Direction et collaborateurs. Elle se veut refléter le projet institutionnel. « *Le projet d'entreprise entend donc être à la fois le produit d'une instance stratégique et l'expression d'une culture de base.* ⁵⁰⁷ » L'établissement est dirigé par un directeur général et trois directeurs : médical, administratif & financier et des soins. La structure organisationnelle accorde une importance participation des acteurs. L'opérationnalisation de cette gouvernance se déploie à travers différentes instances et rencontres, par une démarche qualité portée par les responsables cliniques ainsi qu'un contrat interne de prestations (CIP), négocié annuellement entre responsables de service et Direction Générale, concrétisant un projet intégré de service comprenant mission, organisation, gouvernance et finances ; Nous pouvons considérer ce mode de faire comme une gestion par projets.

L'établissement est dirigé par un directeur général, ce dernier est économiste et non un professionnel issu des soins, ce qui le différencie de nombreux autres établissements psychiatriques qui ont à leur tête un médecin psychiatre. Il faut préciser que les autres établissements psychiatriques romands sont des institutions d'État ce qui les différencie dans leur statut. Le règlement sur les établissements privés⁵⁰⁸ exige qu'il y ait un directeur

⁵⁰⁷ Boutinet J.P. *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, 1990, p.239

⁵⁰⁸ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Lois_reglements_arrete_s/RES.pdf consulté le 16.11.12

général à qui l'autorisation d'exploiter est accordée et auquel est subordonné le directeur médical et des soins. Le directeur administratif et financier est aussi subordonné au directeur général. Ainsi, il existe trois filières subordonnées au directeur général : administrative et financière, médicale et infirmière (soins).

Les trois directeurs sont co-responsables des quatre services qui ont leur propre organisation et leurs propres responsables :

1. Le service administratif et financier comporte des responsables de proximité pour le système d'information, les ressources humaines, la comptabilité, la qualité, l'informatique, la facturation et les responsables logistiques (cuisine, service de maison, entretien).
2. Le service de pédopsychiatrie a deux responsables, l'un pédopsychiatre et l'autre une juriste qui est adjointe de direction (jusqu'en 2016, date à laquelle ce poste se transformer au profit du poste de DRH)
3. Le service de psychiatrie adulte est constitué en réseau, il se nomme ainsi réseau de psychiatrie adulte. Il est géré par un binôme médico-infirmier (médecin chef & infirmier-chef).
4. Le service de psychiatrie de la personne âgée est géré par un binôme médico-infirmier (médecin chef & infirmier-chef).

Les instances officielles de la Fondation de Nant selon ses statuts sont le Conseil de Fondation (CF), le Comité de direction (CD) et la Direction générale (DG)⁵⁰⁹. Les statuts définissent ses buts et sa mission ainsi que les attributions des instances officielles.

Le Conseil de Fondation

Le Conseil de Fondation est « *l'organe suprême* ». Ses attributions sont

- D'être garant du respect de la Charte institutionnelle
- D'adopter les principes généraux de l'organisation psychiatrique du Secteur
- De nommer et de révoquer le Directeur Général
- De ratifier, en accord avec l'État, la nomination du Directeur Médical

⁵⁰⁹ Statuts de la Fondation de Nant du 31 mars 2009, entérinés par l'Autorité de surveillance des Fondations le 25 juin 2009, Département des Institutions et des relations extérieures (courrier du 25 juin 2009, dossier n° 100889 VCO, Autorité de surveillance des Fondations, canton de Vaud)

- De ratifier la nomination du Directeur Administratif et Financier et du Directeur des Soins
- De désigner deux délégués du Conseil de Fondation qui siégeront au Comité de Direction
- D'approuver le budget, les comptes annuels, la planification des investissements et le rapport annuel des activités
- De désigner un organe de révision
- D'adapter ou de modifier les présents statuts.

Le Conseil est composé par sept membres au minimum qui sont désignés par cooptation en respectant l'équilibre géographique ainsi que des compétences juridiques, financières, en santé mentale et en gestion. Le Conseil prévoit également dans ses membres des relais politiques en y intégrant des députés au Grand Conseil de l'État de Vaud.

Le Comité de Direction

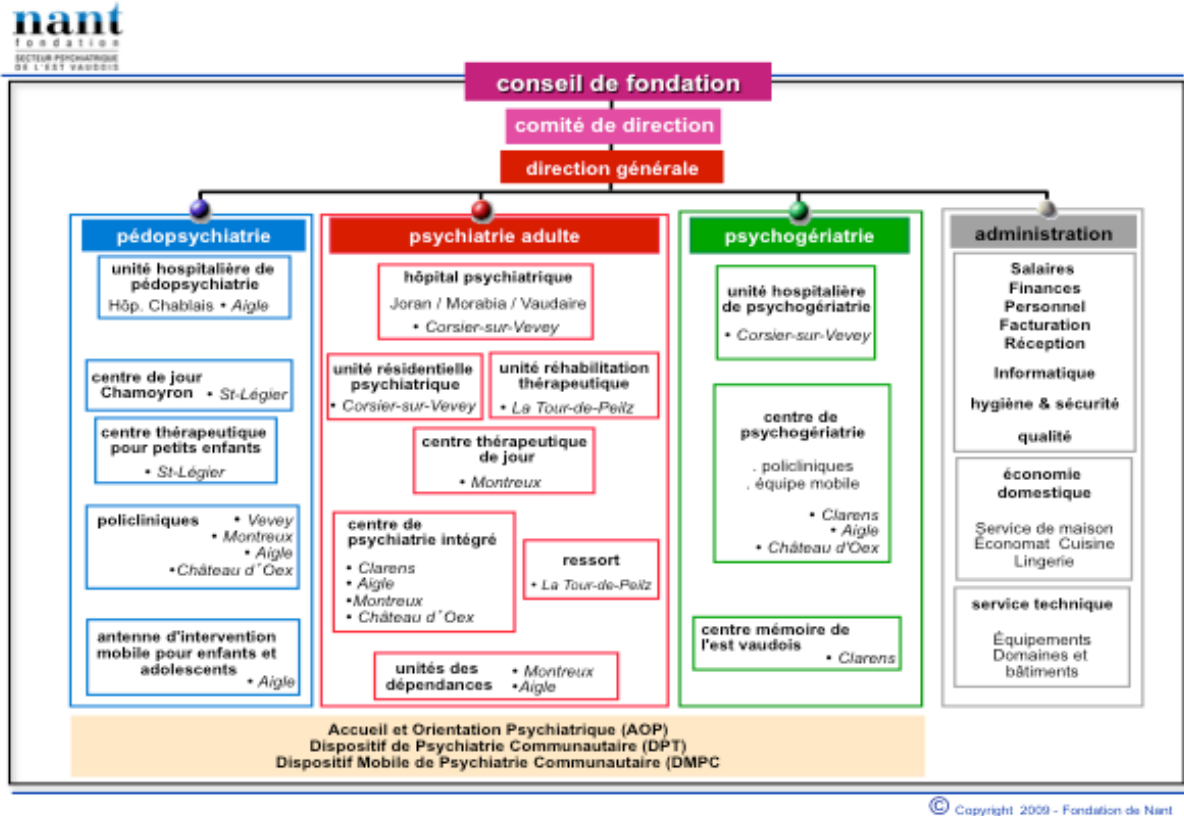
Le Comité de Direction est l'organe exécutif de la Fondation et ses attributions sont :

- D'élaborer et soumettre le positionnement stratégique et le plan d'action au Conseil de Fondation
- D'élaborer, de garantir et soumettre le budget et les comptes au Conseil de Fondation
- De gérer l'ensemble du personnel, à l'exception du Directeur Général (compétence du Conseil de Fondation)

Des règlements cadrent le fonctionnement de ces deux instances.

La Direction Générale est l'instance opérationnelle de la Fondation. Elle comprend le Directeur général, qui en est le président, et les trois autres directeurs, administratif & financier, médical et des soins. Elle se réunit chaque semaine. La Direction est une autre instance qui comprend les membres que la Direction Générale et les responsables médico-infirmiers et autres des trois services (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et de l'âge). Cette instance se réunit à quinzaine.

Figure 12 : Organigramme de la Fondation de Nant, 2011



Chaque service se décline en unités hospitalières, intermédiaires et ambulatoires. Il existe un dispositif complet pour chaque âge. Les unités hospitalières se chargent des soins aigus. Les unités intermédiaires comprennent les centres ou hôpitaux de jour ainsi que l'unité de réhabilitation (communauté thérapeutique à visée de rétablissement). Les unités ambulatoires sont constituées des lieux de consultations « classiques » et également des équipes mobiles, des consultations dans les institutions (liaison) ainsi que les prestations ambulatoires de crise (traitement ambulatoire intensif).

Au-delà des modalités habituelles de captation des patients, telles que les consultations ambulatoires ou l'hospitalisation, la Fondation a mis en place des dispositifs facilitant l'accès aux soins. À cet effet, elle a négocié avec l'hôpital général de rencontrer tous les patients ayant fait une tentative de suicide. Le dispositif mobile de psychiatrie communautaire (DmPC), est organisé pour aller à la rencontre des patients pour qui l'accès aux soins est difficile. De même, L'Antenne d'Intervention dans le Milieu pour Enfant et Adolescents (AIMEA) propose des soins dans les foyers socio-éducatifs pour des enfants et adolescents retissant ou opposés à fréquenter les consultations de pédopsychiatrie.

La liaison est une pratique qui remonte à 1993, c'est le service de psychiatrie de la personne âgée qui ouvre la voie. Elle consiste en deux types de prestations, consultations et/ou supervisions de l'équipe soignante, faites dans les institutions sanitaires régionales qui ont signé une convention avec la Fondation pour cette activité. Il faut rappeler que ces prestations sont encouragées par la Santé Publique à travers un soutien financier. De plus, une priorité a été mise dans son plan santé mentale 2007-2012 pour améliorer les prises en charge dans les établissements médico-sociaux et les hôpitaux pour les patients souffrant de problèmes psychiatriques ou posant des difficultés relationnelles aux équipes soignantes. Ces prestations visent notamment le soutien des équipes en charge, l'amélioration de la qualité des soins, la prévention de maltraitance ou le déplacement inapproprié de ces patients de leur lieu de vie vers les unités hospitalières.

En termes légaux, la Fondation répond aux différentes exigences cantonales et nationales que ce soit en termes de droit des patients, des établissements sanitaires ou des personnels (convention collective de travail, CCT⁵¹⁰). Concernant les droits des patients, en psychiatrie, il y existe deux domaines sensibles : l'information et les mesures de limitatives de liberté (contraintes) qui sont surveillées de près. Ces deux axes font l'objet d'une attention soutenue avec les moyens mis en place (bornes informatiques, brochure d'accueil, brochure d'information sur la loi données à chaque patient entrant dans les unités hospitalières, protocole de mesures de contrainte à évaluer et signer régulièrement etc.) et la préoccupation des personnels à cet égard (information, formation, suivi des mesures de contraintes etc.). L'application de ces mesures fait l'objet d'un contrôle exercé par la Coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS⁵¹¹) qui vient aléatoirement et sans avis préalable faire une visite de contrôle.

La Fondation répond aux exigences légales concernant l'établissement privé d'intérêt public que ce soit par rapport au statut de Fondation avec ses propres exigences, son organisation et les titres des directeurs, directeur général, médical, administratif et financier ou des soins qui sont contrôlés à chaque renouvellement du droit d'exploiter (tous les cinq ans). Toutes les questions liées aux titres des professionnels sont évidemment appliquées. Un grand nombre d'exigences est libellé dans le contrat de prestations négocié avec l'État (reporting, statistiques, SCI etc.). Une convention collective

⁵¹⁰ http://www.cctsan-vaud.ch/jcms/cpp_5009/convention-collective-de-travail, consulté le 28.09.2016

⁵¹¹ <http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/civess/>, consulté le 28.09.2016

de travail (CCT) pour les établissements sanitaires privés (parapublic) règle le statut du personnel. En certains points, elle est plus exigeante que la loi fédérale sur le travail (LTr) et fait également l'objet de contrôle régulier (dernier en août 2012). Nant applique donc cette convention pour répondre à cette exigence. Nous ne reprendrons pas toutes les applications légales qui sont très nombreuses.

Les exigences font également partie de la formation que ce soit pour les médecins, les infirmiers et autres professions issues des Hautes Ecoles Spécialisées⁵¹² (HES) ou encore pour les apprentis en formation duale⁵¹³. La Fédération Suisse des Médecins⁵¹⁴ (FMH) est chargée de la reconnaissance des titres de spécialisation en médecine et, de ce fait, pose les exigences liées à la formation. Celles-ci sont très contraignantes mais Nant y répond parce que c'est un moyen de capter des collaborateurs dont l'institution a besoin et elle est subventionnée pour la formation des médecins assistants (internes). Les exigences concernent les heures de formation (théorique, clinique - contrôle et supervision – accès aux cours post-grades etc.). Pour les psychologues, c'est la Fédération Suisse des Psychologues⁵¹⁵ (FSP) qui édicte les exigences qui se rapprochent du modèle médical. Il en va de même pour les formations infirmières ou ergothérapeute et autres professions issues de la HES santé social⁵¹⁶ (HES-SO). La HES exige d'une part que l'encadrement des stagiaires en formation initiale soit assuré par des praticiens formateurs ayant suivi une formation à cet effet. D'autre part, elle définit un taux d'encadrement selon les professions (20 % pour les infirmières par ex.). Accueillir et encadrer des stagiaires est également une stratégie de recrutement pour ces professions. Concernant les apprentis, il est exigé d'avoir un maître d'apprentissage qui doit avoir la formation reconnue ad hoc. De manière générale, il existe un objectif stratégique de recrutement derrière la réponse aux exigences de formation.

Les exigences nationales sont encore d'autres contraintes pour la Fondation. L'Agence Nationale pour la Qualité⁵¹⁷ (ANQ) édicte des règles à suivre en matière de qualité et

⁵¹² <https://www.swissuniversities.ch/fr/espace-des-hautes-ecoles/hautes-ecoles-suissees-reconnues/>, consulté le 11.12.16

⁵¹³ <https://www.sbf.admin.ch/sbf/fr/home/themes/formation-professionnelle/das-duale-system.html>, consulté le 11.12.16

⁵¹⁴ <http://www.fmh.ch/fr/>, consulté le 11.12.16

⁵¹⁵ <https://www.psychologie.ch/fr/>, consulté le 18.08.2017

⁵¹⁶ <https://www.hes-so.ch>, consulté le 18.08.2017

⁵¹⁷ <http://www.anq.ch/fr/anq/>, consulté le 11.12.16

d'informations sur les pratiques : mesures de contraintes, mesure et enquête de la satisfaction des patients... etc. Les statistiques médicales fédérales sont établies sur des normes qu'il faut suivre et donner via le canton.

En regard des instances organisationnelles se trouvent les instances cliniques. Elles existent dans chaque strate de l'institution de l'unité de soins jusqu'à la direction. Dans chaque unité de soins, une réunion clinique hebdomadaire regroupe l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire et les cadres médico-soignants. Ces rencontres – il s'agit bien de rencontres - sont multidimensionnelles : elles sont un espace de parole pour chacun, du stagiaire au médecin chef, elles permettent une élaboration des situations cliniques (donner du sens) et une intégration (mettre ensemble) globale des différents matériels cliniques, elles favorisent la cohérence et la cohésion de l'équipe interdisciplinaire. Elles sont également un espace de formation et de garantie de qualité des soins. Ces rencontres s'enracinent dans la tradition instaurée par le Dr C. Miéville depuis 1973 : *« le respect de la personnalité de nos malades nous fait insister sur la relation thérapeutique plus que sur la psychopharmacologie. Cette orientation entraîne une grande implication personnelle qui doit se manifester dans la compréhension, la tolérance, la communication. Dans cette optique, nous avons renoncé aux colloques hiérarchisés et impersonnels d'avant au profit des colloques d'équipe, pluridisciplinaires, où chacun a la liberté de s'exprimer.⁵¹⁸ »*

Au niveau des services, les collèges forment l'instance de pilotage global (clinique et gestion) qui est composé des responsables du service en vertu des particularités, notamment des professions (par ex. en pédopsychiatrie, il y a beaucoup de psychologues et très peu d'infirmiers) et de la taille du service. Celui du réseau de psychiatrie adulte comme celui de pédopsychiatrie comprend les cadres supérieurs alors que celui de la psychiatrie de la personne âgée inclut les cadres infirmiers de proximité. Un membre du service administratif et financier siège dans chaque collège pour maintenir un « pont » entre clinique et gestion. Les collèges sont des instances de réflexion clinique, de concertation, de suivi de projet et du contrat interne de prestations. Ils participent à l'élaboration et au maintien de la vision commune et sont chargés de l'opérationnel de chaque service.

⁵¹⁸ Dr Cl. Miéville, *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source n° 11, nov. 1974, pp 4-8

Il existe encore un collège de secteur qui comprend les chefs de service et les directeurs. Son objectif principal est la coordination globale de l'institution du point de vue clinique. La participation du directeur général est fondamentale pour le lien entre clinique et gestion. Il faut relever que, dans cette instance, il siège en qualité de membre. À l'origine de ce collège en 1984, le directeur administratif (il n'y avait pas de directeur général) n'avait qu'une voix consultative.

Il faut encore mentionner les autres séances « institutionnelles » qui sont d'importants espaces de rencontre et d'échange dont la séance d'accueil des nouveaux collaborateurs, le forum annuel pour l'ensemble des collaborateurs et les présentations cliniques de secteur. Nous les détaillerons plus bas dans les points de rencontre.

Tous ces espaces mettent ensemble à différents niveaux les collaborateurs et leur permettent de se connaître, de se rencontrer et d'échanger. « Connaître, se faire connaître, échanger et réfléchir ensemble » pourrait être la devise de ces séances. Ces rencontres favorisent un sentiment d'appartenance par la possibilité de s'exprimer, de participer au débat, de faire valoir ses idées et réflexions, de faire la promotion de ses pratiques pour faire évoluer l'institution. Les pauses ou apéritifs qui suivent sont propices aux échanges informels et sont habituellement très agréables et animées. Ce n'est pas sans rappeler ce que le Dr C. Miéville écrivait dans son rapport annuel 1982 sur « l'esprit de Nant » qui règne dans l'équipe : « *au sérieux, aux difficultés et à la lourdeur du travail, s'ajoutent la détente et le plaisir, source d'évolution personnelle.* » Nous voyons dans ces à-côtés des séances des interstices profitables aux liens et aux échanges informels qui alimentent le faire-ensemble général fondé sur la relation. La participation réciproque des cliniciens et des gestionnaires dans ces différentes rencontres facilite la compréhension mutuelle et contribue au faire-ensemble de ces « mondes ».

1.2. Nant dans ses fonctionnalités et son quotidien

Après avoir décrit la structure organisationnelle, nous allons nous pencher sur les fonctionnalités, c'est-à-dire les éléments dynamiques qui permettent le fonctionnement institutionnel.

1.2.1. L'entretien de la flamme : les points de rencontres

Les réunions institutionnelles sont inscrites dans la « culture » institutionnelle depuis longtemps mais notamment, plus particulièrement depuis la création du secteur en 1985.

Elles remplissent un rôle important pour instaurer et renforcer un sentiment d'appartenance à l'institution, une culture commune du soin psychique, le partage des valeurs et le fonctionnement institutionnel.

Une fois par année, à l'occasion du changement des médecins assistants, une rencontre dite « l'accueil » est organisée pour présenter l'établissement aux nouveaux collaborateurs et pour que les nouveaux arrivants et ceux arrivés dans l'année puissent également se présenter. C'est un rituel très investi. Également, une fois par année, un « forum » est organisé pour débattre d'une thématique intéressant l'ensemble de l'institution. Cette formule est maintenue et au programme, ce peut être l'évolution organisationnelle, le positionnement stratégique, la satisfaction des collaborateurs, démarche qualité, réseau de soins, modification de la loi, l'invitation du ministre de la santé ou encore l'intégration de la psychiatrie dans l'hôpital général. Les « présentations de secteur » sont des rencontres organisées par chaque service ou unités qui présentaient, sur une thématique annuelle, des concepts théoriques ainsi que la pratique des unités sur ce thème à l'image d'une présentation de cas. Les présentations sont suivies d'un débat avec l'ensemble des participants. Généralement, c'est un groupe interdisciplinaire qui se charge de la présentation et invite qui bon lui semble pour étayer son propos. Présenter, c'est s'impliquer, se sentir concerné et montrer comment se traduit subjectivement, s'incarne individuellement et collectivement pour une équipe, la philosophie des soins dans sa pratique et ses réflexions cliniques. C'est cet exercice qui est promu et valorisé à travers ces rencontres.

La formule s'est épuisée et actuellement ces rencontres cliniques s'organisent différemment sous la responsabilité de chaque service et non plus par unité, mais dans le même objectif. Elles se déroulent en deux temps, une présentation théorico-clinique suivie d'un débat avec la salle. C'est l'occasion de faire connaissance avec les collaborateurs, leur pratique et leurs références théoriques. Pour ces trois rencontres, l'ensemble des collaborateurs sont invités (y compris ceux des services de gestion). Il existe une autre rencontre à la même fréquence, le collège de secteur qui est réservé aux cadres. Il est piloté par la direction et traite de sujets plus en lien avec le rôle des cadres. Souvent des intervenants extérieurs sont invités pour ces réunions sur des thèmes tels que la mobilité médicale, le système d'amélioration continue des pratiques ou encore les questions juridiques.

Il existe encore d'autres rencontres pour la formation, le pilotage des processus transverses et autres commissions de pilotage de projets. Nous les développerons plus loin. Il y a également des espaces informels plus ou moins organisés tels que la cafétéria avec la possibilité de réserver une table d'hôtes dans la cuisine.

1.2.2. Contractualisation, participativité et gestion par projets

La Fondation de Nant signe avec le service de la santé Publique (SSP) un contrat annuel de prestations définissant les engagements de part et d'autre pour l'année suivante. Ce contrat fait l'objet d'une évaluation dont l'enjeu principal est le financement des activités de santé publique qui ne sont pas finançables avec les modes habituels de facturation des prestations à l'assurance maladie. C'est aussi un instrument de contrôle détaillé pour la tutelle.

Sur ce principe de contractualisation, la Direction de la Fondation a mis sur pied un contrat interne de prestations (CIP) avec les responsables médico-infirmiers des trois services. Ce contrat interne fonctionne selon les mêmes modalités et définit le projet de service, son organisation, sa gouvernance et son financement. Il s'agit d'un outil de gestion dont les objectifs sont de :

- Garantir l'autonomie des services/unités et identifier les responsabilités qui en découlent intégrant les domaines de la clinique et de la gestion
- Déléguer la prise de décision au plus près de l'activité pour rester en adéquation optimale avec celle-ci et ainsi assurer l'adaptation des dispositifs de soins aux besoins de la population
- Garantir les processus d'évaluation de la qualité et de l'économicité des prestations
- Soutenir la créativité et la proactivité des acteurs (projets)
- Améliorer la visibilité des activités du service

Ce contrat de prestations internes est un outil de gestion par projets. Il est renégocié et signé annuellement. Il fait l'objet d'une présentation des responsables en séance de Comité de Direction. Le mode projet de cet outil de gestion présente un avantage pour rapprocher clinique et gestion. Dans la clinique, pour chaque patient il est question d'un projet thérapeutique dans lequel il existe un engagement réciproque. Ainsi, la dynamique

projet est connue des cliniciens et facilite la compréhension mutuelle et l'adhésion à ce mode de faire.

1.2.3. Le triptyque « psychanalyse – humanisme – formation »

1.2.3.1. *La psychanalyse, une référence commune*

La psychanalyse, les valeurs et la formation occupent une place d'importance à la Fondation. Ce sont des valeurs institutionnelles qui forgent son identité et forment également un pont vers l'extérieur qui promeut les échanges et une forme d'attractivité pour les professionnels des soins, et plus particulièrement pour ceux œuvrant dans le champ de la santé mentale.

Les concepts psychanalytiques sont une référence commune pour l'ensemble des soignants de la Fondation, toute profession confondue. Cette « unité de doctrine » est plutôt une philosophie de soins qui contribue à l'identité de Nant et au sentiment d'appartenance de ses collaborateurs. C'est un instrument de cohésion institutionnelle et surtout de cohérence clinique. Cette option concourt à assurer de la cohérence pour les patients non seulement dans les prises en soins de chaque unité mais également dans leurs trajectoires de soins à travers le réseau interne des différentes unités de la Fondation. La référence commune permet d'entretenir et renforcer une culture commune du soin psychique.

Ces avantages trouvent leur traduction concrète dans l'organisation pour assurer la faisabilité du travail relationnel. Par exemple, d'un point de vue psychanalytique, les intervenants ne sont pas interchangeables, leur travail se fonde sur des relations soignantes individuelles et intersubjectives, il n'est donc pas possible de passer d'un soignant à l'autre dans la même fonction. Chaque relation est unique et ne peut se transmettre comme une tâche concrète. Ainsi, cette approche nécessite une continuité relationnelle, c'est-à-dire une continuité des soins qui réclame une organisation spécifique des présences. À ce titre, pour assurer la continuité des soins, les équipes soignantes des unités hospitalières s'organisent en équipes distinctes de jour et de nuit pour éviter des discontinuités dues au passage de l'horaire de jour à la nuit. Cette organisation évite les changements des infirmiers de référence dans les entretiens formels. Ainsi, le référent du patient peut garantir une continuité de présence qui facilite beaucoup la prise en soins d'un point de vue relationnel. Il a également l'avantage de contribuer à diminuer les incohérences et clivages qui sont fréquents en psychiatrie et

difficile à gérer. De plus, les unités de soins sont de petite taille puisqu'il n'est pas possible d'établir des relations significatives avec un grand nombre de patients.

1.2.3.2. L'humanisme au cœur du projet de soin

L'histoire montre comment la psychanalyse s'est étayée sur les valeurs humanistes existantes en les validant et en leur donnant une dimension professionnelle, par exemple en prenant en compte les phénomènes inconscients comme dimension de la globalité de la personne. Les valeurs humanistes s'inscrivent dans le respect et la considération de la personne (alter ego), son individualité et sa manière de l'exprimer. Le référentiel psychanalytique n'est pas une référence théorique importée au hasard, ou au gré d'une mode, ou encore de la motivation d'un psychiatre comme une théorie possible, comme référentiel pour les soins. La référence psychanalytique s'est construite progressivement sur un existant non formalisé de travail relationnel issu des valeurs des fondateurs soucieux d'être en lien avec les patients dans la communauté thérapeutique qu'ils ont créé en 1943. C'est pourquoi la psychanalyse contribue à faire exister ces valeurs humanistes dans la professionnalisation du soin. De ce fait, elle en devient à son tour une valeur. Cette référence est incarnée par les responsables pluriprofessionnels au même titre que les valeurs humanistes. De plus, cette référence conditionne les relations entre les professionnels du soin dans le sens d'une dynamique « égalitaire » plus que dans une dynamique hiérarchique, c'est pourquoi elle est très investie. Chaque relation a sa valeur et ne peut être hiérarchisée dans le sens d'une subordination. C'est ce que P. Delion nomme « *la hiérarchie subjectale* ⁵¹⁹ » en regard de la relation d'objet en psychanalyse. Précisons que ce point de vue n'est pas en contradiction avec une hiérarchie organisationnelle qui définit les responsabilités de chaque fonction et qui donne un cadre pour que cette dynamique puisse exister. Ainsi, cette philosophie de soins donne de la valeur à chacun au-delà de la différenciation des rôles.

Le choix de ce référentiel théorique psychanalytique associé aux valeurs humanistes est connu parce qu'il est « officiel » par son inscription dans la charte de la Fondation et affiché comme tel avec la formation et l'encadrement des professionnels que la Fondation propose à ses collaborateurs et aux intervenants externes intéressés. Cette référence fait partie de l'identité institutionnelle de Nant et renforce sa visibilité. C'est également pour

⁵¹⁹ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 35

ce référentiel que certains choisissent de venir y travailler. Les médecins en formation pour la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie doivent choisir pour les deux dernières années de leur formation une option dans les trois modèles psychothérapeutiques (psychanalytique, systémique ou cognitivo-comportementale). Ainsi, ceux qui s'orientent vers l'approche psychanalytique viennent volontiers faire quelques années de formation à la Fondation.

Cette référence est aussi un atout pour les professions soignantes. Ceux qui souhaitent développer une approche relationnelle sont intéressés par celle de Nant parce qu'il est possible de s'investir dans des suivis relationnels et de s'impliquer dans des tâches thérapeutiques. Pour améliorer sa visibilité, faire connaître cette politique de soins et attirer des professionnels du soin, la Fondation a instauré le prix de Nant en 2003. Il récompense un travail de fin d'étude des filières HES (Haute École Spécialisée) du domaine socio-sanitaire (bachelor). Les critères d'attribution demandent que les travaux traitent notamment du soin psychique, du travail relationnel, de l'approche humaniste et qu'ils soient en accord avec la philosophie de soin de la Nant. La référence au Prix de Nant se trouve sur le site de la HES-SO et, presque systématiquement, un article du travail primé est publié dans la revue suisse des infirmières.

Dans l'optique de la visibilité liée au référentiel psychanalytique, nombre de collaborateurs de Nant donnent des cours que ce soit dans les HES ou les cours post-grades pour la formation des médecins et psychologues. Il en va de même pour les interventions dans les congrès ou autres rencontres professionnelles.

Si la psychanalyse est un vecteur important de la visibilité de la Fondation, ses valeurs humanistes en font également partie. Psychanalyse et valeurs humanistes sont très liées à la Fondation et constituent sa philosophie des soins. Il s'agit d'un lien subtil. La prise en compte du côté sensible des relations professionnelles par l'éclairage psychanalytique contribue à l'établissement et au maintien de relations professionnelles avec les patients et leurs proches ainsi qu'à l'humanisme et la bonne collaboration entre collègues (outil de coopération). Assurer le cadre clinique et les moyens, tels que formation et supervision, nécessaires à ce travail permet de diminuer le risque permanent pour les soignants de se

défendre des difficultés suscitées par les relations avec les patients en les réifiant, les évitant ou les rejetant (P. Molinier⁵²⁰ - A. Ciccone⁵²¹).

1.2.3.3. La formation toujours en devenir

La formation occupe une place importante et fait partie des valeurs de l'institution. Son programme de formation est conséquent, il est connu et reconnu et comporte une cinquantaine de séminaires. La Fondation s'est intéressée à la formation depuis les années 1970 pour en faire une valeur institutionnelle. Sur l'idée de recruter des personnalités compatibles avec le soin psychique et sa philosophie de soin, elle a préféré recruter des personnels pas toujours formés « classiquement » ou « académiquement » et organiser elle-même sa propre formation dans le cadre de sa politique de soins. Par exemple et contrairement aux autres établissements psychiatriques, Nant a de tout temps engagé des infirmiers (ères) formés en soins généraux avec l'hypothèse que la personnalité et la motivation étaient plus importantes que la formation de base qui peut s'acquérir contrairement aux aspects de personnalité. Le potentiel sur lequel la formation peut être donnée est considéré comme le plus important. Un autre exemple est l'engagement de personnes sans formation de base mais présentant des compétences psychothérapeutiques ou ergothérapeutiques (priorité aux compétences plutôt qu'au statut). Il y a donc une intention institutionnelle dans la formation pour préserver sa philosophie de soins et ses valeurs et, dans ce sens, la formation s'inscrit comme valeur.

La formation interne contribue à la mise en place de la politique de soins en référence à la psychanalyse. Nous avons mentionné l'existence du catalogue de formation interne très bien fourni. Ces formations s'adressent à l'ensemble des personnels, beaucoup d'entre eux sont suivis par différentes professions en même temps. Il s'agit d'une stratégie pour favoriser les collaborations (travail interdisciplinaire) et le travail en commun. Mais chaque corps professionnel s'organise également pour assurer la formation de ses collègues. À ce titre, un programme d'introduction spécifique pour chaque nouveau collaborateur infirmier est mis systématiquement en place avec un encadrement spécifique fait de contrôle clinique, de coaching et de supervision. L'encadrement est

⁵²⁰ Molinier P. Le travail entre souffrance des patients et souffrance des soignants, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 70, 4, 1994, pp 336-342

⁵²¹ Ciccone A. et al. *La violence dans le soin*, Dunod, Paris, 2014,

systématique pour l'ensemble des professionnels, et il revient à chaque responsable d'établir un programme annuel de formation à suivre adapté à chacun.

Le programme de formation est divisé en plusieurs rubriques, pour débutants et spécialistes. Il est composé de séminaires de base, de spécialisation, de formations spécifiques et continues. Il débute annuellement au moment des changements de médecins assistants. À titre d'exemple, il comprend 58 formations en 2012. Certaines formations sont reconnues pour la formation de spécialisation pour les médecins et psychologues, d'autres se font en collaboration avec des centres de formation ou sont intégrées dans les cursus de formation. La Fondation soutient beaucoup les formations faites ailleurs, que ce soit des cours, des congrès ou d'autres formations dans d'autres domaines, tels que le management, les finances ou la gestion de projet.

La formation spécifique à la relation « psychanalytique » est généralement déclinée en quatre axes : la relation clinique avec des patients, la formation théorique, la supervision clinique et l'expérience thérapeutique personnelle. Les trois premiers axes sont organisés dans l'institution. L'expérience thérapeutique personnelle ne peut se commander vu qu'elle relève de la motivation personnelle. Cependant la Fondation peut l'encourager et la soutenir, c'est pourquoi, elle accorde à ceux qui en font la demande la moitié des heures de thérapie personnelle sur le temps de travail.

Une autre part de formation consiste à être formateur et donner cours ou des conférences dans les rencontres professionnelles ou les congrès. Nant accorde le temps de préparation et des cours sur les heures de travail et rétrocède les montants perçus pour ces formations aux collaborateurs. Les publications vont dans le même sens et sont aussi encouragées. Chaque année, la Direction évalue la possibilité d'accorder un montant à ceux qui sont intervenus dans des congrès ou qui ont commis des articles dans la presse spécialisée en guise d'encouragement et de validation de l'effort fourni.

1.2.4. La qualité au service du faire-ensemble

La Fondation de Nant est certifiée ISO 9 001 – 2 000 depuis l'année 2000 (puis 9001-2008) pour l'ensemble de l'établissement. De plus, ses unités de traitement des dépendances bénéficient également d'une certification spécifique⁵²² pour ce type d'unité

⁵²² <http://www.quatheda.ch/f/>

de soins (Quadheda). La démarche qualité de la Fondation est l'aboutissement d'une recherche collective, nommée « ALEPH⁵²³ »

Ce projet « Aleph » est une étude sur l'information et la communication centrée sur la clinique avec deux objectifs :

- Élaboration d'un cahier des charges pour le déploiement du nouveau système informatique en 2000
- Élaboration des processus, des procédures et de la structure de gestion nécessaires à la construction d'un système qualité et sa certification officielle.

Cette étude s'est voulue exhaustive sur l'information et la communication clinique. Elle a été conduite par un consultant et menée d'une seule voix par les cliniciens et gestionnaires. Ce fut une démarche totalement novatrice dans le sens de faire travailler cliniciens et gestionnaires de manière si rapprochée et si intense avec un résultat commun attendu en termes de descriptif de processus et procédures cliniques. Il est probablement difficile de se faire une représentation de ce que représente un tel travail plus de vingt ans après. Il s'agissait de mettre ensemble deux cultures, deux langages que tout opposait, à l'instar de l'alliance des chrétiens et de la psychanalyse vingt ans auparavant. Le pari n'était pas gagné d'avance avec, d'un côté, les cliniciens qui défendent des projets thérapeutiques individuels, et de l'autre, des gestionnaires qui tentent de « standardiser » un processus générique. C'est probablement la connaissance et la confiance réciproque qui a joué un rôle capital pour l'aboutissement de cet ambitieux projet. Il a été mené sur plus d'un an, avant que la deuxième phase n'aboutisse à la certification ISO 9001-2000 en 2000.

Le système Qualité se veut intégré, c'est-à-dire conçu non pas comme un service supplémentaire avec sa propre filière, mais comme une part de responsabilité imputée aux responsables des filières professionnelles existantes. Cette responsabilité fait donc partie intégrante du cahier des charges des responsables cliniques médico-infirmiers. Pour ce faire, un gros travail de traduction a dû être mis en œuvre afin de transcrire le vocabulaire « industriel » au domaine du soin psychiatrique. La documentation qualité passe par les instances existantes via les procès-verbaux des réunions, il n'y a pas

⁵²³ ALEPH, recherche sur l'information et la communication centrée sur le patient, document interne non publié

d'instance particulière dévolue à la qualité. La revue annuelle qualité se fait pendant une séance de direction.

1.3. Nant face aux turbulences de l'environnement

La Fondation entretient de nombreux liens avec les institutions régionales, cantonales et nationales et la (les) tutelle(s). Pour remplir son mandat de psychiatrie publique, elle répond aux besoins de la population et des institutions de la région. Pour faciliter l'accès aux soins, elle a pris l'option d'organiser une psychiatrie de proximité avec de nombreuses petites unités réparties dans le territoire du secteur de l'Est vaudois plutôt que de centraliser ses prestations en un seul espace. Ses 25 unités de soins, pour les trois âges, sont réparties en 11 lieux différents couvrant l'ensemble géographique du canton : du bord du lac Léman à Château d'Oex en passant par les lits de pédopsychiatrie intégrés au service de pédiatrie de l'Hôpital général du Chablais.

1.3.1. Une inscription régionale formellement forte

Depuis que la Fondation de Nant a pris le mandat de l'hôpital de secteur en 1968, puis celui de la psychiatrie publique de l'ensemble de l'Est vaudois en 1985 (création du secteur), elle a définitivement pris l'option d'une inscription régionale⁵²⁴. Cette orientation se réaffirme dans le premier positionnement stratégique de 1998. Cette idée correspond à la mission de la Fondation et à sa taille moyenne. Au-delà des incontournables liens avec les professionnels de la santé, la dimension sociale de la maladie psychique nécessite un travail important avec les travailleurs sociaux et intervenants dans le champ de la santé de la région, hébergement, soins à domicile et institutions sanitaires.

Nant fait partie intégrante du réseau sanitaire régional : le Réseau Santé du Haut Léman⁵²⁵ (RSHL) qui comprend tous les établissements sanitaires de la région de l'Est vaudois et les principaux professionnels en pratique privée, autrement dit le secteur. Une loi sur les

⁵²⁴ Convention entre l'Etat de Vaud et la Fondation de Nant relative à la remise de cette dernière de la gestion du Centre psycho-social et du service médico-pédagogique à Montreux, signée le 12 décembre 1984 signée par le Président Claude Hoyois et William Favre & M. Claude Perrey, vice président du Conseil d'Etat. Elle abroge la convention du 7 août 1968 et son avenant du 3 avril 1974 au 31 décembre 1984.

⁵²⁵ <https://www.reseau-sante-haut-leman.ch>, consulté le 18.08.2017

réseaux régit le cadre légal des réseaux de soins vaudois⁵²⁶. L'objectif prioritaire des réseaux est l'amélioration de l'utilisation des institutions et des prestations de soins de la région dans une optique sanitaire et financière en optimisant la coordination.

Au-delà du réseau officiel, Nant travaille intensément et directement avec les partenaires de la région que ce soient des institutions sanitaires telles qu'hôpitaux somatiques, foyers socio-éducatifs ou établissements médico-sociaux ou encore les professionnels de la santé tels que médecins, ergothérapeutes, psychothérapeutes ou infirmières en pratique privée (libérale). Il existe de nombreux autres partenaires en dehors des intervenants du champ de la santé, ce sont les services sociaux, les associations de proches ou de patients, les offices de placement, de protection de la jeunesse ou encore l'agence d'assurance invalidité et les autorités. Signalons que la Fondation a développé des prestations spécifiques pour les proches et partenaires : groupe de parole pour les proches⁵²⁷, Triangle⁵²⁸ et personne ressource pour les proches.

Le premier lien et le plus important avec l'environnement se construit à travers la demande et la réponse en soins psychiques pour la région de l'Est vaudois. La Fondation doit remplir son mandat concernant la psychiatrie publique de la région. Cette demande est issue des particuliers, des professionnels de la santé et du social, des autorités et des institutions. Elle est faite majoritairement des demandes de soins mais aussi des expertises psychiatriques et des privations de liberté à fin d'assistance (PLAFA) qui se traduisent souvent par une hospitalisation en attendant de trouver un lieu de vie adapté dans un établissement médico-social.

Pour répondre à cette demande, la Fondation a pris l'option de la proximité pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques. Les unités de soins sont ainsi réparties sur l'ensemble du territoire du secteur sur onze sites. Cette politique s'adresse principalement aux usagers patients. Ce dispositif est complété par les équipes mobiles pour les trois âges. Concernant les demandes institutionnelles, elles se posent différemment. Les prestations de liaison-supervision font l'objet d'une négociation qui est formalisée dans une convention signée qui règle toutes modalités d'intervention, d'évaluation et de financement. Actuellement,

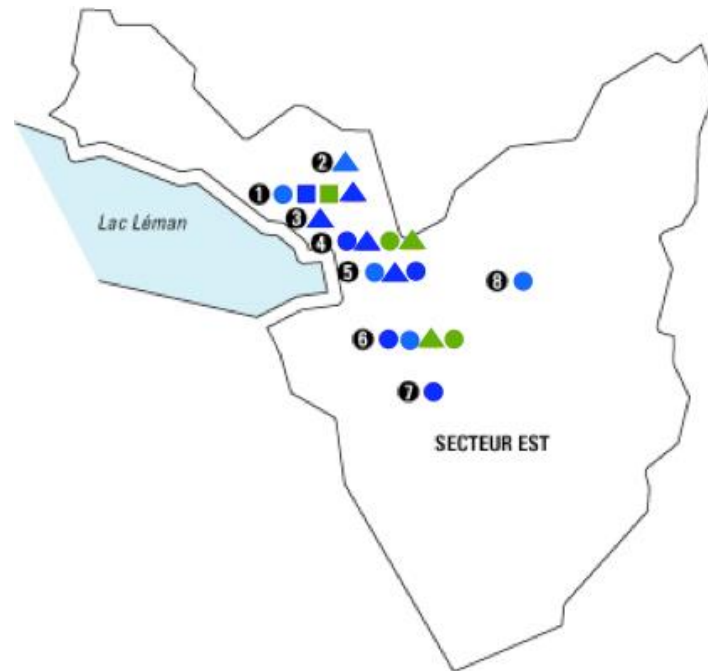
⁵²⁶ http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=5244&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=0&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false consulté le 20.11.2016

⁵²⁷ http://www.nant.ch/images/nant/soins/Proches_et_familles/2016_2017_Groupe%20paroles%20proches_flyer_saison%204.pdf, consulté le 20.11.2016

⁵²⁸ <http://www.lilot.org/activites/triangle/> consulté le 20.11.2016

une quarantaine de conventions sont signées avec les établissements médico-sociaux, les centres médico-sociaux (soins à domicile) et les hôpitaux régionaux.

Figure 13 : répartition des sites de la Fondation dans le secteur psychiatrique



Il existe une forte demande de formation pour les soins psychiques. C'est une autre manière de répondre aux besoins des partenaires. C'est une partie du travail de liaison mais le programme de formation de Nant est ouvert aux professionnels concernés par la santé mentale.

La Fondation compte actuellement environ 300 équivalents plein-temps (EPT) réparti sur plus de 400 personnes. C'est une entreprise moyenne. Sa taille est adaptée aux besoins de la région et à sa mission. Elle permet également de s'organiser en unités de proximité et garder sa cohérence clinique commune qui serait plus difficile à maintenir si sa taille était plus conséquente. L'insertion dans le tissu régional est également facilitée par le fait que les intervenants ne sont pas très nombreux, se connaissent et maintiennent des liens dans une certaine proximité géographique. La taille et l'organisation institutionnelle permettent encore d'être réactif pour répondre rapidement aux demandes ou adapter le dispositif ou les modalités d'intervention.

En comparaison avec le CHU de Lausanne (CHUV⁵²⁹) dont fait partie le département de psychiatrie (DP), la Fondation fait figure de nain : ce centre hospitalier compte plus de

⁵²⁹ http://www.chuv.ch/chuv_home/le-chuv-en-bref/chuv-enbref-chiffres.htm consulté le 18.12.16

10'000 collaborateurs et son département de psychiatrie est le plus important en taille. À Genève, les HUG⁵³⁰ sont de taille équivalente au CHUV et le département de psychiatrie est comparable. À Lyon, le centre hospitalier Le Vinatier compte 1 700 agents⁵³¹ soit plus de quatre fois la taille de Nant. À Sainte Anne⁵³² à Paris, emploie plus de 3 000 personnes.

1.3.2. Des interrogations sur le statut privé

L'interrogation actuelle du statut « *privé d'intérêt public* » de la Fondation de Nant s'inscrit dans le prolongement du virage des années 1990 où l'État et ses services changent leur positionnement envers la Fondation. Pour rappel, en 1985, l'État confie ses structures ambulatoires (centre psychosocial et centre thérapeutique de jour) à Nant pour constituer le secteur psychiatrique de l'Est vaudois. Mais dès 1990, le mouvement s'inverse dès la création du Service des Hospices Cantonaux (SHC) qui regroupe l'ensemble des établissements sanitaires étatiques cantonaux vaudois ainsi que les centres cantonaux de formation des professions de la santé (loi abrogée en 1993⁵³³).

Ce changement d'attitude se perçoit également pour d'autres établissements somatiques, membres comme la Fondation de Nant de la FHV, regroupant les établissements privés d'intérêt public. L'exemple emblématique est celui de la modification du statut du nouvel Hôpital Riviera – Chablais Vaud – Valais (HRC) qui passe du statut « privé » à « de droit public » : « *Établissement autonome de droit public intercantonal, avec personnalité juridique* ⁵³⁴ ». Ce nouvel hôpital est la fusion de trois hôpitaux régionaux dont les deux Vaudois faisaient partie de la FHV qui étaient « privés d'intérêt public ». La particularité de Nant est qu'elle est la seule institution psychiatrique de la FHV et elle est également la seule institution privée des quatre secteurs psychiatriques vaudois. Cette double particularité l'isole pour défendre ses intérêts d'un côté comme de l'autre vu qu'elle est

⁵³⁰ http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/hug-ra2015_0.pdf consulté le 18.12.16

⁵³¹ <http://www.ch-le-vinatier.fr/hopital-en-mouvement-635.html> consulté le 18.12.16

⁵³² <http://www.ch-sainte-anne.fr/Professionnels> consulté le 18.12.16

⁵³³ http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv_site/doc.pdf?docId=5926&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=4&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSIL=true&outformat=pdf&isModifiante=false, consulté le 4.12.2016

⁵³⁴ http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.fo.pdf?docId=680461&docType=CONVENTION&Pcurrent_version=0&PetatDoc=vigueur&page_format=A4_3&isRSV=true&isSIL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&with_link=false, consulté le 4.12.2016

minoritaire. Cependant, ceci peut faire le beurre d'un subtil gestionnaire qui sait dans certaines circonstances en tirer des avantages, à l'exemple des programmes d'économie des années 1990 où le manque de comparaison avec d'autres établissements (seul établissement psychiatrique de la FHV) va jouer en sa faveur.

Le virage s'amorce en 1990, suite à la demande de Nant en 1989 d'ouverture d'une antenne psychiatrique à Aigle dans le Chablais, pour poursuivre son développement et répondre à la demande en favorisant l'accès aux soins par proximité des unités de soins. Ce projet s'inscrit dans la ligne de la politique de secteur. Ce projet avait été accepté en 1989 mais avec la crise financière et le regroupement des institutions de l'État, toutes les demandes sont bloquées. C'est le directeur financier du Service des Hospices Cantonaux (SHC) qui l'annonce dans une rencontre en juin 1990 avec les directeurs médicaux et administratifs de la Fondation. Deux ans plus tard, celui-ci propose à Nant d'être rattaché au Service des Hospices Cantonaux. À son avis, les programmes d'économie sont très contraignants et le rattachement de Nant au SHC serait le meilleur moyen d'obtenir le financement de ses projets. Mais Nant préfère garder son autonomie et rester rattaché à la FHV qui négocie les budgets de l'ensemble des institutions membres. L'année suivante, le même directeur revient à la charge, toujours dans le cadre des programmes d'économie et propose cette fois un contrat d'association avec le SHC. Comme précédemment, cette proposition est refusée pour les mêmes raisons d'autonomie. Une autre « tentative » du SHC est la proposition du directeur du SHC, au directeur administratif de Nant, Daniel Mayer, de travailler au SHC, ce que ce dernier refusera. Cette tentative a été comprise comme un moyen d'affaiblir la Fondation en la privant d'un directeur fervent et vigoureux défenseur de l'autonomie de Nant.

En 1994, le SHC change son réseau informatique dont Nant fait partie sans en informer ni questionner la Fondation. Suite à cette décision unilatérale, Nant quitte le réseau pour intégrer celui de la FHV. Ce passage n'est pas sans inconvénient, s'il permet de garder une certaine autonomie, ou du moins la possibilité de participer aux décisions, et une distance du SHC, il inscrit Nant comme seul établissement psychiatrique dans ce réseau informatique. Cette particularité la différencie des autres membres notamment par le fait que Nant n'est pas seulement un hôpital mais un réseau d'unités de soins réparties sur le territoire de l'Est vaudois ce qui nécessite d'autres déploiements informatiques. La mise en place du dossier patient informatisé (DPI) posera également problème, les besoins n'étant pas identiques pour la médecine somatique et la psychiatrique.

En 2005, la direction tripartite, médicale, administrative et des soins, passe à une organisation plus pyramidale avec un directeur général auquel sont subordonnés les autres directeurs (notamment pour mise en conformité avec la nouvelle loi sur les établissements sanitaires privés). Le directeur général à Nant n'est pas un médecin contrairement au directeur général du CHUV ou de l'hôpital du Valais. Ce positionnement n'est pas bien perçu par les médecins et souvent interrogé, notamment lors de tensions.

Dans le cadre de l'opération « Triptyque » du Département de Psychiatrie du CHUV (les trois autres secteurs vaudois) en 2008, « *qui vise à harmoniser les ressources et les pratiques entre les trois secteurs formant le DP-CHUV*⁵³⁵ », le directeur médical de Nant, comme nous l'avons déjà mentionné, est invité au comité de pilotage comme les autres responsables médicaux des trois autres secteurs qui sont des chefs de service. Cette instance de coordination peut être considérée comme remplaçant la CCCP (commission cantonale de coordination psychiatrique) qui a été supprimée unilatéralement par le DP au moment de l'intégration des autres secteurs au sein du DP. Pour sortir de cette « confusion » comprise encore une fois comme une manière d'intégrer progressivement la Fondation dans le DP du CHUV, la Dre I. Gothuey, directrice médicale de Nant, sur les recommandations du directeur général, quitte ce comité en 2011.

Pour assurer la coordination cantonale psychiatrique, le SSP va tenter de mettre sur pied une nouvelle instance qu'elle veut piloter. Nant reçoit ce projet de manière très positive vu qu'il place les institutions, Nant et DP CHUV, dans une subordination claire au Service de la Santé Publique ce qui clarifie les positions et les rôles de chacun. Malheureusement cette perspective ne réalisera pas, cette instance ne fonctionnera pas pour différentes raisons dont les absences et changements de responsables du SSP et de la trop grande proximité du DP avec ce dernier. La convention qui devait régler cette instance n'a jamais été signée. En revanche, il existe une coordination pour les projets cantonaux et par projet. Par exemple, le projet « Ressort » : « *RESeau de Soutien et d'ORientation vers le Travail* » se charge d'accompagner et de soutenir les personnes souffrant de troubles psychiques à intégrer le monde du travail. Ou encore le programme « DEPART » qui « *vise à réduire l'impact de la consommation de cannabis, d'alcool ou d'autres substances psychotropes à l'adolescence.*⁵³⁶ » Les projets cantonaux concernent, entre autres, la

⁵³⁵ http://www.psyromande.ch/images/psyromande/2011-01-24_rapport_chuv_2009.pdf, consulté le 4.12.2016

⁵³⁶ http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=483, consulté le 4.12.2016

formation à la prévention du suicide ou la coordination pédopsychiatrique, projets dans lesquels la centralisation cantonale est très présente.

Le département de la santé et de l'action sociale (DSAS) visite les établissements tous les cinq ans pour renouveler l'autorisation d'exploiter. Il met en place un organe de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées depuis 1990 et ces inspections vont s'étendre à la psychiatrie en commençant par celle de l'âgé en 2004. « *Le règlement du 16 juin 2004 sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud* ⁵³⁷ » stipule que les autorités compétentes peuvent exercer une surveillance et faire appel à des experts. La Coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux – CIVESS est créée et elle est chargée d'inspecter les établissements concernés par la population vieillissante, la psychiatrie et la dépendance ainsi que ceux du handicap. Les visites, toujours surprises sans avertissements, sont annuelles puis deviendront bisannuelles. Elles font l'objet d'un rapport écrit présenté aux collaborateurs et responsables d'établissement. Les non-conformités majeures peuvent remettre en question de droit d'exploiter obligatoire et délivré par le Département. La grille d'inspection porte sur le respect des droits, la dignité, les mesures de contraintes, la sécurité et l'accès au soignant, la traçabilité des informations et l'encadrement par des personnels compétents.

1.3.3. Le modèle psychanalytique suspecté

La psychanalyse a marqué la psychiatrie et a permis des avancées considérables dans les traitements psychiatriques et les établissements psychiatriques. Sans refaire l'histoire, elle a redonné espoir à la psychiatrie du début du XX^e siècle engoncée dans un pessimisme construit sur l'échec de l'asile comme espace de traitement collectif. Elle a grandement contribué à repenser l'institution dès la fin de la deuxième guerre mondiale avec des dispositifs thérapeutiques tels que la psychothérapie institutionnelle ou la communauté thérapeutique et plus tard comme référence centrale pour aménager la politique de secteur.

Depuis les années soixante, d'autres modèles théoriques font surface dont le premier important est le modèle systémique qui va interroger et remettre en question l'approche

⁵³⁷ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/fichiers_pdf/CIVESS/Docs_général_x/DOF_456a_Bases_légales.pdf, consulté le 4.12.2016

psychanalytique dans des querelles d'école assez vives. Il va sans compter les publications sociologiques qui interrogent l'institution psychiatrique tel « *Asiles* ⁵³⁸ » et le mouvement de l'antipsychiatrie. Les deux « ennemis », psychanalyste et systémicien, vont finir par faire bon ménage à partir des années quatre-vingt dans ce qu'il est commun d'appeler les thérapies intégratives qui intègrent et font jouer ces deux approches de manière complémentaire et cohérente. Le troisième grand courant qui va remettre en question de manière très frontale l'approche psychanalytique est celui de thérapie cognitivo-comportementale. Le point d'orgue des attaques de la psychanalyse est la publication du « *Livre noire de la psychanalyse* ⁵³⁹ » en 2005.

Dans ce contexte, les différentes éditions du DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux américain) font disparaître progressivement la notion de maladie au profit de symptômes à traiter. Cette approche qui se veut « athéorique » est fortement remise en question mais elle reste une référence solide et influente. L'évolution des neurosciences, de l'imagerie médicale pousse la psychiatrie vers une approche biologique au détriment des approches relationnelles et psychothérapeutiques. « *La multiplication des techniques d'imagerie cérébrale, autrement plus subtiles que d'hypothétiques autopsies, a encore accéléré ce tournant.* ⁵⁴⁰ » Les psychothérapies ne sont agréées que si elles ne prennent pas trop de temps. Les thérapies cognitivo-comportementales en font leur spécialité. « *L'approche cognitive consiste à étudier « les systèmes de connaissances mis en œuvre par l'esprit humain pour construire des significations au contact du monde » (Bernard 2005).* ⁵⁴¹ » Ainsi, elles proposent des psychothérapies de la dépression en vingt séances. La durée des traitements devient un élément central et une pomme de discorde entre les tenants des approches psychanalytiques réputées longues et les tenants des thérapies cognitivo-comportementales. Dans la foulée, signalons à titre d'exemple que la durée d'un état de tristesse « normale » après un deuil passe de deux mois à quinze jours entre l'édition du DSM IV au DSM V. Les combats idéologiques contre la psychanalyse prennent des proportions étonnantes à l'image du combat des associations pour l'autisme

⁵³⁸ Goffman E. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, trad. de Liliane et Claude Lainé, Éditions de Minuit, Paris, 1968, 1979 (rééd.)

Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013, 417 p.

⁵³⁹ Meyer C. sous la dir. *Le livre noire de la psychanalyse*, Les Arènes, Paris, 2005

⁵⁴⁰ Gaillard R. *Psychiatrie et psychologie cognitive*, In Kapsembelis V. sous la dir. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, PUF Quadrige manuels, Paris, 2012, p.125

⁵⁴¹ Valente P. *Histoire et évolution des idées en pathologie mentale*, IN Kapsembelis V. sous la dir. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, PUF Quadrige manuels, Paris, 2012, p- 37

en France. En bref, la psychanalyse n'a plus la côte, elle est très sérieusement remise en question, voire qualifiée de maltraitance. Pourtant les études sur la « performance » des psychothérapies des trois modèles principaux (psychanalytique, systémique et cognitivo-comportementale) montrent des résultats pratiquement équivalents⁵⁴². Malgré cette inquiétante remise en question de la psychanalyse, la Fondation a inscrit et gardé dans sa Charte (dernière mise à jour en 2007) la psychanalyse comme référence théorique. Ce positionnement interroge, interpelle et expose la Fondation : peut-on inscrire cette référence dans une charte ? Est-ce à dire que les patients traités à Nant n'ont pas droit à toute la gamme des traitements actuels ? N'est-ce pas dépassé de se référer à la psychanalyse alors qu'il existe des approches prétendues plus « modernes » ?

1.4. La conjonction des contraires : le quadrilatère des champs d'influence

L'histoire montre que Nant a trouvé jusqu'à maintenant un équilibre entre lien et rupture avec l'environnement en gardant ses valeurs et modes de faire tout en respectant les exigences de l'environnement. Actuellement, ces exigences se font de plus en plus pressantes. Cependant, la Fondation maintient et cultive une double rupture, d'une part, en défendant et maintenant son statut privé d'intérêt public avec son organisation propre, statut unique dans la psychiatrie vaudoise, et d'autre part, en conservant ses valeurs et sa référence théorique psychanalytique. Ce positionnement de la Fondation l'expose et ses singularités pourraient être interrogées dans différents champs de tensions internes et externes que nous avons regroupés en quatre parties.

Comme nous l'avons relevé plus haut, à partir du descriptif de la Fondation dans ses murs et dans son environnement, nous avons condensé les pressions en quatre périmètres dont les interactions se combinent dans des dynamiques favorables, ou au contraire, délétères. Nous avons d'abord divisé les deux premiers champs par l'intérieur et l'extérieur. Ces deux champs se subdivisent chacun en deux, ainsi nous trouvons quatre champs d'influence délimités. À l'intérieur, il y a d'un côté, les gardiens de la philosophie des soins de Nant et de l'autre les éventuels tenants d'une autre approche aboutissant à un potentiel conflit sur le choix d'une approche au sein de la direction de la Fondation. À l'extérieur, nous voyons d'un côté les tenants d'une approche relationnelle humaniste en références

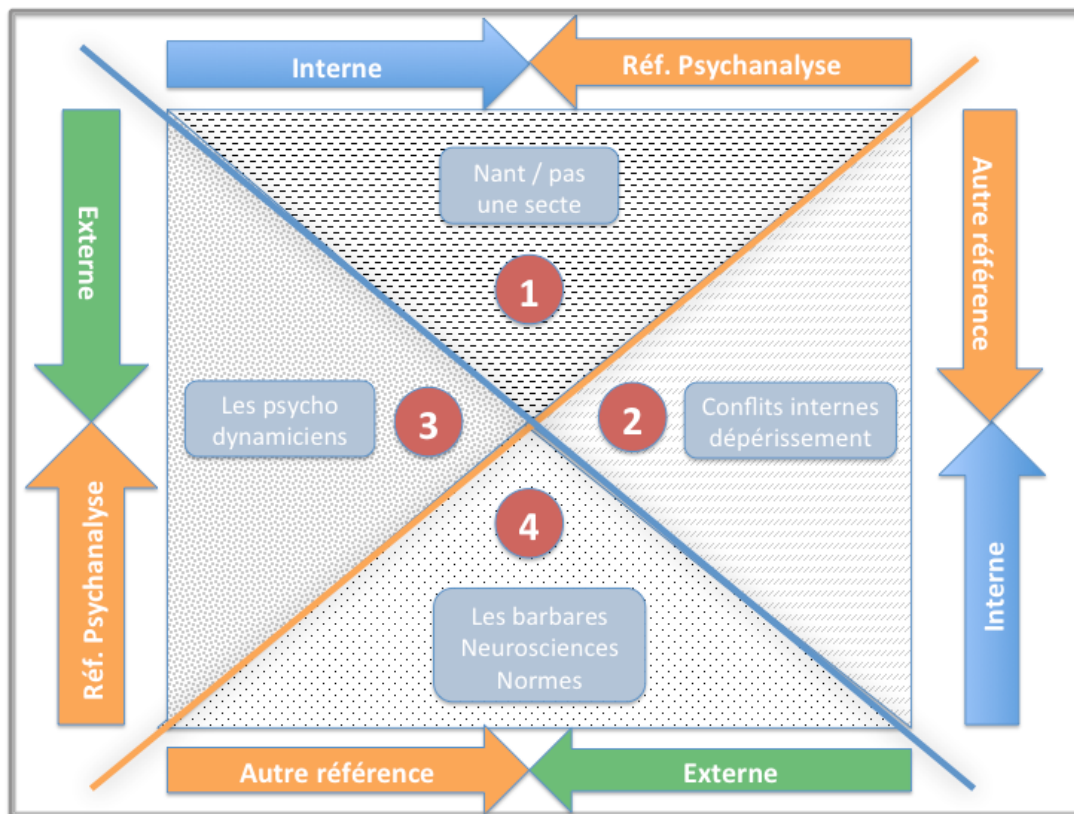
⁵⁴² Despland J.N. *La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical*, CHUV Magazine, hiver 2013, p. 23

aux concepts psychanalytique, – soit la philosophie de Nant – et de l’autre côté les tenants des approches plutôt neuroscientifiques.

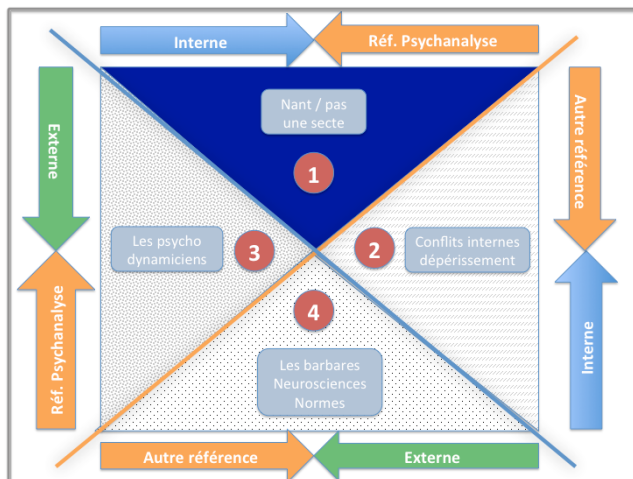
Chacun de ces champs interagit soit dans le sens d’une alliance avec la Fondation ce qui la renforce dans ses singularités, ou au contraire, dans un désaccord qui pourrait menacer sa pérennité, que ce soit pour son statut, ses valeurs ou sa philosophie des soins. Nous avons également montré que ces dernières caractéristiques de Nant sont la base de son faire-ensemble qui est un élément de stabilité et une force. Remettre en question la base de ce faire-ensemble pourrait affaiblir la Fondation.

Nous pouvons schématiser ces quatre champs comme suit :

Figure 14 : le quadrilatère des champs d’influence



1.4.1. Champ d'influence interne 1 : de la référence à la secte



Repère schématique 1 :

champ interne 1
« Nant / pas une secte »

En interne, le champ numéro 1 est le cœur de la Fondation, c'est-à-dire sa philosophie de soins en référence aux valeurs humanistes et aux concepts psychanalytiques qui façonnent sa pratique clinique et son faire-ensemble. C'est également son statut privé avec un mandat d'intérêt public. Nous nous référons à ce que nous avons décrit de Nant dans ses murs. Si ce champ est l'assise de la Fondation, sa colonne vertébrale et son âme. Nous estimons qu'il existe un danger de repli interne, principalement en lien avec la philosophie des soins, que nous pouvons qualifier de « *danger de secte* » ou de clan⁵⁴³. En effet, la Fondation est souvent appelée ironiquement « *village gaulois* » par les collègues des autres établissements psychiatriques ou du Service de la Santé Publique pour qualifier sa différence et son obstination à défendre sa référence psychanalytique, son autonomie et ses manières de faire.

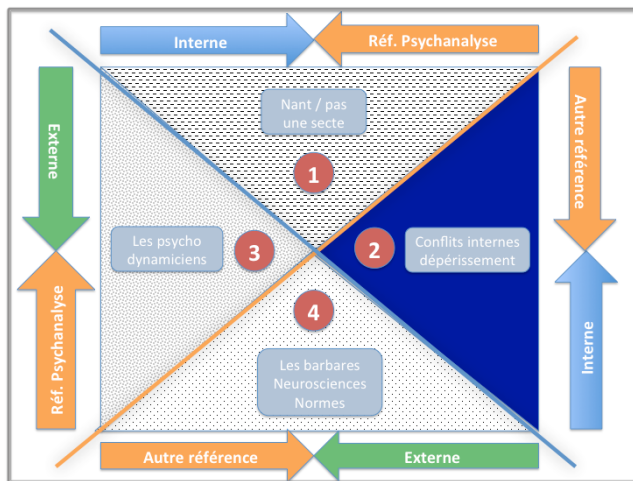
C'est principalement la référence de Nant à la psychanalyse qui est visée par ce sobriquet que la Fondation affectionne malgré tout mais qui pointe un réel danger potentiel. En effet, si la psychanalyse peut être une référence théorique intéressante, elle peut également enfermer ses collaborateurs dans une pensée unique, fermée et arrogante qui ne serait profitable à personne et surtout pas aux patients ni à la Fondation. C'est dans ce sens qu'il existe un danger de virer du côté de la « secte » qui pense avoir trouvé « La » vérité et qui la défend sans réel lien avec la réalité ambiante. Dans le même sens, il y a aussi un danger à intégrer cette référence psychanalytique de manière plaquée et superficielle qui pourrait donner l'image que les collaborateurs « jouent » aux

⁵⁴³ Ouchi W. *Théorie Z, Faire face au défi japonais*, InterEdition, Paris, 1982

psychanalystes ce qui lui enlève tout crédit à cette approche. Le modèle est un modèle exigeant et complexe qui ne se laisse pas apprivoiser facilement. Il nécessite du temps, de la formation et une grande implication personnelle. En effet, la formation à cette approche repose sur quatre piliers : connaissance théorique, pratique clinique, supervision ad hoc et expérience personnelle de thérapie psychanalytique. Un renfermement sur elle-même dans une autosatisfaction illusoire sans regard critique et en déconnexion avec l'environnement est un réel danger. Il s'agit de l'un des ennemis intérieurs.

Les bons résultats financiers et la capacité de la Fondation à répondre aux exigences administratives, à l'exemple de la mise en place d'une démarche qualité finalisée en 2000, l'ont fait passer pour le bon élève. Nous avons vu dans l'histoire que ces bons résultats peuvent se retourner contre elle, être considérés comme arrogants et le statut de premier de classe peut virer à celui de bouc émissaire. En effet, il peut être déroutant de constater qu'une institution parvient à réaliser ce que d'autres établissements peinent à effectuer, démarche qualité pour l'ensemble de l'institution, équilibre financier, autofinancement de certaines activités etc. De ce point de vue, le danger interne repose sur une possible autosatisfaction aveuglante qui pourrait l'empêcher d'opérer les ajustements qui devraient être réalisés.

1.4.2. Champ d'influence interne 2 : de la cohésion au conflit et dépérissement



Repère schématique 2 :
champ interne 2
 « Conflits internes, dépérissement »

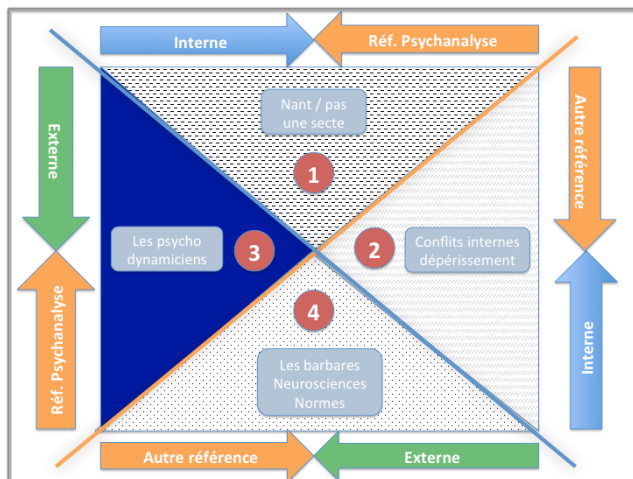
Également en interne, un autre type de danger repose sur les potentiels conflits à l'intérieur de l'institution. Le principal, à notre avis, concerne l'adhésion à la philosophie des soins qui relève d'une construction historique basée sur les valeurs fondatrices et conditionne le faire-ensemble. Le maintien de cette philosophie repose notamment sur les cadres médico-infirmiers qui assurent son déploiement institutionnel. Celui-ci est fait

de formation, d'encadrement et de pratique clinique dans le cadre de cette philosophie de soins qui assure une cohérence clinique globale à l'ensemble de l'établissement et contribue de ce fait à sa qualité. La formation se décline à travers le programme de formation interne et les formations externes agréées en lien avec la philosophie des soins. C'est également la possibilité pour les collaborateurs cliniciens de prendre une partie du temps de leur thérapie individuelle sur le temps de travail pour favoriser l'expérience personnelle nécessaire à la formation à cette approche. L'encadrement repose sur deux axes : d'une part le contrôle clinique qui consiste à contrôler que la qualité des prestations est réalisée selon les critères de la philosophie de soins et, d'autre part, la supervision qui consiste à mettre en lumière les aspects et enjeux plus inconscients dans les relations thérapeutiques individuelles ou groupales pour mieux les gérer. À cette référence s'ajoutent les valeurs humanistes à respecter et cultiver.

Fort de ce constat, il paraît évident que si un cadre supérieur, et notamment membre de la direction, n'adhère pas à cette philosophie de soins, le risque d'incohérence est patent et ses effets peuvent être extrêmement dommageables à l'institution. Les deux postes clef concernant ce danger sont ceux de la direction médicale et celle des soins, censés « incarner » la philosophie de soins. Imaginons un directeur médical « neuroscientifique » recalant les abords relationnels au second plan, les effets ne sauraient tarder : incohérence clinique, primat du biologique sur le relationnel, médicalisation des procédures, hiérarchisation des rapports entre soignants et médecins. Ce serait très rapidement la fin de la culture de Nant basée sur les relations interpersonnelles entre soignants et patients mais aussi entre les différents professionnels, autrement dit un dépérissement de la culture et des valeurs institutionnelles.

Il n'est peut-être pas inutile de préciser qu'une évolution de la philosophie des soins n'est pas impensable, et peut même être souhaitable, mais cette transformation doit à notre avis se réaliser dans une continuité et dans non une rupture avec les valeurs et les références. Nous pouvons imaginer que d'autres référentiels pourraient s'intégrer dans la culture clinique de la Fondation dans la mesure où la cohérence globale et les valeurs sont maintenues. Il est difficile de séparer valeurs et philosophie de soins. En effet, si l'on crédite le fait que la référence psychanalytique s'est construit sur les valeurs institutionnelles et que la référence a fini par devenir elle-même une valeur, nous pouvons postuler que le non-respect des valeurs premières pourrait également représenter un danger potentiel pour la pérennité de la philosophie des soins.

1.4.3. Champ d'influence externe 3 : des psychodynamiciens alliés aux déconnectés



Repère schématique 3 :
champ externe 3
 « Les psychodynamiciens »

Est-ce que le psychanalyste des champs institutionnels est le même que le psychanalyste des villes ? Habituellement, le psychanalyste des villes a été auparavant un psychanalyste des champs institutionnels. C'est le passage obligé pour la formation cadrée par la Fédération des médecins suisse⁵⁴⁴ (FMH) ou la fédération suisse des psychologues⁵⁴⁵ (FSP). En effet, la formation des médecins et psychologues se fait généralement et majoritairement en institutions. Pour la plupart, c'est un passage obligé qu'il faut effectuer dans les meilleurs délais pour ouvrir son cabinet privé. Pour d'autres, plus rares, c'est l'opportunité d'une carrière dans le champ institutionnel. Qu'est-ce qui les différencie ?

La psychanalyse ou la psychothérapie analytique est réalisée par un thérapeute qui s'est formé à cette approche et que l'on qualifie volontiers de « psychodynamicien » (en référence à la psychodynamique psychanalytique) pour le différencier des autres thérapeutes utilisant d'autres approches psychothérapeutiques. Les autres approches « officielles » - c'est-à-dire celles qui sont reconnues et enseignées dans le cadre de la formation post-graduée des médecins et psychologues en psychothérapie - sont de deux types : les systémiciens qui se réfèrent aux théories systémiques et les cognitivo-comportementalistes qui se réfèrent aux théories du même nom. Il existe beaucoup

⁵⁴⁴ <http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm/domaines-specialises/titres-formation-postgraduee/psychiatrie-psychotherapie.html>, consulté le 31.12.2016

⁵⁴⁵ <https://www.psychologie.ch/fr/formation/formation-postgrade/titres-de-specialisation/>, consulté le 31.12.2016

d'autres approches psychothérapeutiques – certains en ont recensé plusieurs centaines⁵⁴⁶ – mais ce sont les trois approches qui font référence.

Concernant l'approche psychanalytique, il faut préciser que la formation donne accès à un titre de psychothérapeute mais non à celui de psychanalyste, c'est pourquoi nous parlons de psychodynamicien pour qualifier le type de psychothérapie proposée. Le titre de psychanalyste est décerné par une société de psychanalyse et il en existe plusieurs : en Suisse, les trois principales sont la Société Suisse de Psychanalyse⁵⁴⁷, la Société Suisse de la Nouvelle École Lacanienne⁵⁴⁸ et l'Association de Psychanalystes et Psychothérapeutes Jungiens⁵⁴⁹. Cette précision est importante car la formation de psychanalyste est une formation « post-spécialisation » en psychothérapie et elle est délivrée par les sociétés mais non par l'académie. Dans cette logique, la psychanalyse n'est donc pas enseignée à l'université et son crédit scientifique s'en ressent. La volonté de Freud d'inscrire la psychanalyse comme science n'est toujours pas réalisée. Ce statut non académique de la psychanalyse n'aide pas les institutions qui s'y réfèrent à leur crédit « scientifique ». L'histoire montre pourtant qu'après la deuxième guerre mondiale et jusque dans les années quatre-vingt, les professeurs de psychiatrie reconnus étaient couramment psychanalystes mais leur crédit était dû plus à leur statut académique de professeur qu'à celui de psychanalyste. Il faut rappeler qu'après la deuxième guerre, la psychanalyse était la seule référence, les autres référentiels sont venus plus tard, à la fin des années soixante pour les théories systémiques et les années quatre-vingt pour les théories cognitivo-comportementales.

Les usagers des psychiatres psycho-dynamiciens ou des psychanalystes des villes ou des institutions sont potentiellement les mêmes. Cependant, ce potentiel est souvent une illusion, un fait théorique qui ne se retrouve pas dans les réalités cliniques. En effet, certains patients ne peuvent pas être traités par des psychiatres privés par le simple fait qu'ils ont besoin de plus qu'une thérapie individuelle mais également d'un dispositif complet qui comprend l'intervention d'autres soignants. Il s'agit de « *traitements psychiatriques-psychothérapeutiques intégrés*⁵⁵⁰ ». Sans entrer dans les détails cliniques,

⁵⁴⁶ Duruz N. Gennart M. Coll. *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, 2002

⁵⁴⁷ <http://wwconsuslté le w.psychoanalyse.ch/laspssa fr.html> consulté le 31.12.16

⁵⁴⁸ <http://www.asreep-nls.ch> consulté le 31.12.16

⁵⁴⁹ <http://www.appj.fr> consulté le 31.12.16

⁵⁵⁰ <https://www.medecins-conseils.ch/expertcom/psyamb.html>, consulté le 1.01.17

les usagers de la psychiatrie publique ne sont pas toujours en mesure de faire une demande vu leur manque de conscience morbide ou encore les troubles peuvent être tels qu'il n'est pas possible ni souhaitable que ce soit une seule personne qui se charge de la thérapie. Ces éléments mettent en évidence que les patients des services publics ont besoin d'un cadre adapté spécifique que les thérapeutes privés ne peuvent proposer.

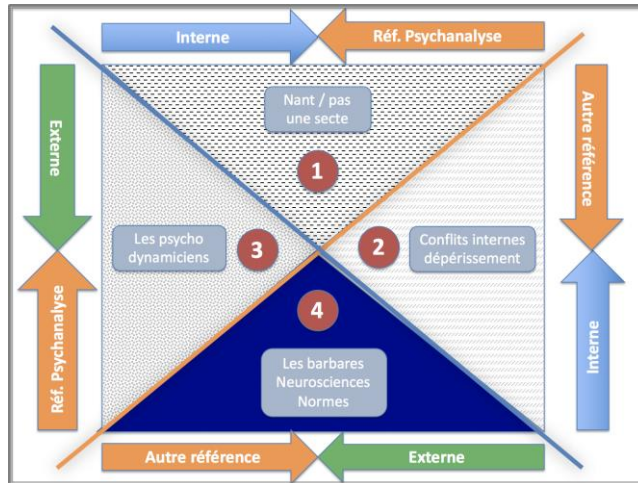
Cette question du cadre est fondamentale parce que le cadre va permettre et déterminer le processus qui va s'y dérouler. De plus, le fait de mettre le même patient dans un cadre différent va mettre en évidence d'autres aspects de celui-ci. Ainsi, le potentiel de désaccord au sujet d'un même patient s'accroît selon le cadre dans lequel il est vu et cette situation peut mener à des incompréhensions et des conflits. C'est là que les problèmes peuvent surgir entre psychiatres des villes et des institutions, les alliés peuvent se transformer en opposés. Ce risque est toutefois relatif compte tenu du fait que, comme nous l'avons déjà relevé, la patientèle n'est pas la même.

Un autre risque qui découle de ce qui précède est à notre avis le fait même que les psychodynamiciens ou psychanalystes ont déserté l'institution. Après leur formation en institution, ou après une carrière institutionnelle, la majorité a quitté l'institution pour se consacrer à une clientèle privée moins « contraignante » que celle des institutions et une pratique de cure ou thérapies plus classiques. Il y a eu une véritable hémorragie des psychanalystes institutionnels après que les « grands patrons », professeurs de psychiatrie et psychanalystes soient partis à la retraite. Par exemple, à Lausanne, dans les années quatre-vingt, tous les professeurs étaient psychanalystes : Prof. C. Müller, P.B. Schneider et R. Henny. Leurs successeurs ne seront pas des psychanalystes tant s'en faut. Ainsi, les institutions se sont trouvées vidées des analystes. À cet égard, Nant fait office d'exception avec toute la fragilité que suppose une situation marginale.

Pour revenir sur les relations entre psycho-dynamiciens des villes et des institutions, après cette désertion, les institutionnels sont devenus minoritaires. Pour garder une pensée et une pratique psychodynamique, ils devaient faire appel aux psychodynamiciens des villes qui ont « perdu la main » de leur pratique institutionnelle. Le risque dans ces circonstances est que les externes donnent des leçons aux internes alors qu'ils ont quitté cette pratique et qu'ils se réfèrent à la leur qui ne traite pas des mêmes problématiques. Le risque, que ces alliés du départ se référant au même cadre théorique désertent la cause, est grand et de plus, un autre risque réside dans le fait qu'ils pourraient se faire une opinion négative des pratiques institutionnelles et perdre confiance dans les

institutions. Ainsi, la référence commune du départ devient trompeuse et les possibles alliés de faux frères, alors que compte tenu de la perte de crédit de l'approche psychanalytique, il serait bienvenu de faire front pour redorer son blason.

1.4.4. Champ d'influence externe 4 : des barbares à la mort d'âme



Repère schématique 4 :
champ externe 4
« Les barbares, Neurosciences, Normes »

Le terme « barbare » nous semble approprié pour désigner ce champ représenté par ceux qui investissent les neurosciences et sont loin de la culture psychanalytique et de la psychiatrie humaniste basée sur les valeurs humanistes et la relation comme agent thérapeutique principal. Le terme a plusieurs acceptions qui situent précisément notre propos. « Barbare » désigne celui qui « *Qui est étranger à telle race, à tel pays parce qu'il n'en parle pas la langue ou qu'il vit en dehors de sa civilisation... qui est cruel, sans humanité* ⁵⁵¹ ». Il est clair que ces professionnels ne parlent pas la langue des psychanalystes et ne partagent pas la même culture du soin psychique. « *Sans humanité* » peut paraître choquant, cependant, le terme nous semble pertinent parce qu'il existe des mouvements sociaux identifiés sans qu'ils soient dirigés directement par des hommes. Ce sont des dynamiques sociales qui impactent les institutions et dont les théories explicatives sont par exemple l'écologie des populations, l'isomorphisme, l'institutionnalisme ou la contingence. Le « barbare » a également représenté celui qui pouvait nuire à une civilisation comme un dangereux envahisseur potentiel. Nous ne pouvons que constater que les neurosciences envahissent le champ institutionnel et

⁵⁵¹ <http://www.cnrtl.fr/definition/barbare> consulté le 1.01.17

nuisent forcément à la culture de l'approche psychanalytique et relationnelle du soin en mettant une priorité aux aspects biologiques.

Ce quatrième champ a deux composantes : les nouvelles tendances de la psychiatrie actuelle et les contraintes sociétales. C'est pourquoi ce quatrième champ mérite un plus long développement. Il représente probablement le danger le plus important et le plus sournois pour la Fondation pour ses caractéristiques et sa singularité que ce soit son autonomie, sa philosophie de soins, son organisation ou encore son faire-ensemble. À notre avis, il s'agit du champ qui pourrait le plus impacter la pérennité de Nant.

Pour débiter, il nous paraît essentiel d'aborder succinctement les tendances lourdes de la psychiatrie actuelle qui se trouve à l'opposé de la philosophie des soins de la Fondation. Selon J. Hochmann, depuis la fin du XX^e siècle, la psychiatrie actuelle cherche comme au XIX^e siècle « à se conformer aussi étroitement que possible au modèle de la médecine du corps.⁵⁵² » Les approches biomédicales sont de retour et gagnent en crédit académique. Elles ont également la faveur du public, des médias et même des associations d'usagers. « Cette psychiatrie, contrairement à la psychiatrie du dialogue qui avait dominé les décennies précédentes, fait une place beaucoup plus grande aux méthodes protocolisées, validées par des études, à l'allure plus scientifique. S'agit-il d'une vraie ou d'une fausse science qui se pare abusivement d'un vernis scientifique ? La question reste ouverte.⁵⁵³ » La psychologie cognitive a le vent en poupe depuis les années 1990 et elle est très influencée par la neurologie, la neurophysiologie et la neuropsychologie, autrement dit les neurosciences. « En ce début de XIX^e siècle, l'on pourrait dire... qu'il existe deux principales voies en psychologie cognitive. La première... que l'on pourrait qualifier de neuronale... et la seconde... d'informatique...⁵⁵⁴ » Nous sommes loin de la relation thérapeutique et l'intersubjectivité. La psychiatrie a mis du temps à s'émanciper de la neurologie (1968 en France) et, aujourd'hui, elle se retrouve à se rapprocher des neurosciences. Ne parlant pas la langue des psychiatres « relationnels » et n'adhérant pas à cette culture du soin psychique, soutenue socialement, elle gagne du terrain, c'est dans ce sens que nous estimons que le qualificatif de « barbare » s'applique à ce type de psychiatre.

⁵⁵² Hochmann J. *La psychiatrie pour les nuls*, Edition First, Paris, 2015, p. 124

⁵⁵³ Hochmann J. *La psychiatrie pour les nuls*, Edition First, Paris, 2015, p. 124

⁵⁵⁴ Valente P. *Histoire et évolution des idées ne pathologie mentale*, IN Kapsembelis V. sous la dir. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, PUF Quadrige manuels, Paris, 2012, p. 39

Le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) nous livre une version de l'évolution de la très puissante et influente pensée psychiatrique américaine. Il s'agit de la référence américaine en matière de psychiatrie qui a fait couler beaucoup d'encre, à l'instar de l'ouvrage de M. Minard « Le DSM-roi ⁵⁵⁵ », mais qui malgré les nombreuses critiques reste une référence et montre les tendances actuelles de la psychiatrie. À l'origine, ce manuel se voulait « athéorique » c'est-à-dire sans tentative explicative basée forcément sur un courant théorique et donc purement descriptif. Nous savons actuellement que la première version a été partiellement financée par les pharmas ce qui est une énorme perte de crédit et la dernière version, DSM 5, a suscité de virulentes critiques à l'exemple du directeur du prestigieux Institut américain de la santé mentale qui s'est désolidarisé « *du fait de la faiblesse de celui-ci sur le plan scientifique.*⁵⁵⁶ » Quoiqu'il en soit le manuel reste très influent. La notion de maladie mentale a fait place à celle de troubles mentaux dont les évolutions sont parfois choquantes, comme nous l'avons déjà relevé plus haut, le délai considéré comme normal pour un état de tristesse après un deuil passe de deux mois à 15 jours... Il faudrait donc traiter plus précocement ! La stratégie semble évidente : un symptôme va de pair un traitement biologique. Il s'agit de la médicalisation la plus simple par traitement du symptôme sans entrée en matière par une approche relationnelle sur la singularité et le contexte de la personne présentant le symptôme comme on le ferait dans une approche psychothérapeutique.

Il existe une autre tendance récente en psychiatrie qui s'attache en priorité aux déterminants de la santé mentale plutôt qu'au traitement. Le focus est mis sur la gestion du handicap. Ainsi, de nouveaux dispositifs voient le jour et visent notamment, et avant tout, à la réinsertion au travail - à l'exemple du « Programme Ressort » : Réseau de soutien et d'orientation vers le travail⁵⁵⁷ - ou l'accès au logement - à l'exemple du programme « housing first⁵⁵⁸ ». Ces déterminants sont très importants mais dans ce mouvement, ils deviennent prioritaires et l'approche globale tourne autour du concept de rétablissement⁵⁵⁹ très axé sur les modèles de la thérapie cognitivo-comportementale.

⁵⁵⁵ Minard M. *Le DSM-ROI, La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Editions érès, Toulouse, 2013

⁵⁵⁶ http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html#IBccFUconsulté le 2.01.mrhxC5u9zJ.99, consulté le 2.01.17

⁵⁵⁷ http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=450 consulté le 1.01.17

⁵⁵⁸ http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=526 consulté le 1.01.17

⁵⁵⁹ <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement> consulté le 1.01.17

2. Les déterminants de la pérennité dans la littérature : Nant face à son avenir

Rappelons que nous entendons par pérennité autant le processus qui permet à l'organisation de poursuivre son existence que le résultat de ce processus. Pérenniser une organisation est donc une dynamique continue dont le résultat n'est jamais acquis une fois pour toutes.

2.1. Les déterminants externes

Dans la conclusion du chapitre précédent, nous avons décrit Nant dans son actualité et relevé les pressions de l'environnement qui menacent la pérennité de ses particularités : sa philosophie des soins et son statut privé notamment. Nous avons posé un « champ de bataille » pour tenter de voir si ce sera « Austerlitz » ou « Waterloo », Nant jouant le rôle de catalyseur pour interroger le modèle dominant, manière « Austerlitz » ou au contraire « Waterloo ». Dans ce chapitre, nous allons développer le concept de pérennité, résultante de l'adaptation permanente, et de ses déterminants externes et internes. Deux visions opposées abordent les changements organisationnels, l'une «... déterministe selon lequel l'évolution serait le fruit d'une sélection par le marché et une vision intentionnaliste selon laquelle l'organisation serait à même de se transformer en vue d'une adaptation, voire d'une pro-action sur son environnement.⁵⁶⁰ » Les entreprises pérennes seraient celles qui se montrent capables d'opérer des changements ce qui rejoindrait la vision intentionnaliste. Ces deux visions sont à la base de notre réflexion. Commençons par la vision « déterministe » qui fait partie du quatrième champ d'influence.

Si la pérennité organisationnelle en soi ne fait pas l'objet d'une abondante littérature, il existe néanmoins de nombreuses théorisations sur la survie des organisations, leur adaptation à l'évolution des marchés et de l'environnement. Face aux menaces qui pèsent sur l'avenir de la Fondation, l'examen de la littérature apporte des pistes d'explications non seulement sur une lecture du passé mais aussi dans une vision prospective. Nous allons débiter par un abord externe – les déterminants internes seront développés dans le chapitre suivant - et avons retenu quatre courants théoriques : l'écologie des

⁵⁶⁰ Mignon S. *Concurrence, sélection et pérennité des organisations : un processus inter et intra organisationnel*, In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999, p. 128

populations, l'institutionnalisme, l'isomorphisme et la théorie de la contingence qui développent des éléments susceptibles d'expliquer la pérennité des organisations en partant des facteurs de l'environnement.

2.1.1. L'écologie des populations

L'écologie des populations s'inspire de la théorie biologique de la sélection naturelle pour la survie d'une espèce – autrement dit sa pérennité - et s'intéresse, à l'instar des espèces animales, à l'évolution des organisations s'apparentant au même type et prises ensemble comme une population spécifique (agrégat) plutôt qu'à une seule organisation dans un contexte⁵⁶¹. « *Nous pouvons identifier des catégories d'organisations qui sont relativement homogènes par rapport à leur vulnérabilité à l'environnement.* ⁵⁶² » (traduction libre). Il s'agit, au-delà de l'adaptation, d'une perspective de « sélection naturelle ». La référence à Darwin provoque deux positions opposées : une première qui estime qu'actuellement, ses théories semblent dépassées : « *Il paraît incontestable que la plupart des idées de Darwin sont dépassées.*⁵⁶³ » Certaines découvertes récentes mettent en évidence non pas la lutte pour la survie entre espèces mais leur coopération. E. Karenti (EMBL Heidelberg, CNRS) souligne que « *Pour la plupart (des organismes), la collaboration est plus importante que la compétition. C'est un résultat très important, car il pourrait modifier un peu la façon dont on envisage généralement l'évolution, avec l'idée qu'elle est commandée par la survie du plus fort.*⁵⁶⁴ » D'ailleurs, la coopération plutôt que la compétition est considérée comme un facteur de prospérité et un levier de management. « *L'idée de compétition darwinienne ne recoupe cependant ni les observations que les naturalistes font des animaux lesquels témoignent d'une formidable aptitude à coopérer... de nos jours, la sélection naturelle est toujours un des facteurs qui incite le plus les individus à coopérer.*⁵⁶⁵ » L'autre position estime que la référence à Darwin est toujours d'actualité, c'est ce que développe P. Picq dans le sens de la dynamique de l'évolution⁵⁶⁶. Cependant, ce dernier met plutôt l'accent sur l'évolution dans la capacité à faire émerger des possibles pour évoluer et donc

⁵⁶¹ Shortell S. M. Kaluzny A. D. *Health care management, organisation design and behavior* 4th. Edition, Library of congress cataloging-in-publication data, NY, 2000, p.22

⁵⁶² Hannan M. T. Freeman J. *The population ecology of organisations*, American Journal of Sociology, Vol 82, Issue 5 (mar. 1977), p. 934

⁵⁶³ Raoult D. *Dépasser Darwin*, Plon éd. Paris, 2010, p.158

⁵⁶⁴ Morin H. Valo M. *La pêche miraculeuse du voilier « Tara »*, Le monde du 23 mai 2015 p. 6

⁵⁶⁵ Castillo A. *La coopération, facteur de prospérité*, Le Temps du 6 mai 2016, p. 15

⁵⁶⁶ Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011

s'adapter que l'inverse «... *des crises pour repenser nos adaptations, éliminer les mauvaises pratiques – c'est cela, la sélection darwinienne – et susciter l'émergence de nouveaux jeux possibles. J'opte pour Darwin.* ⁵⁶⁷ »

Quoi qu'il en soit, la théorie de l'écologie part de l'idée que les limites d'adaptation des organisations n'ont pas été suffisamment prises en compte et qu'il existe de nombreux facteurs contribuant à l'inertie des organisations qui contribuent à diminuer leur capacité d'adaptation et augmenter leur vulnérabilité face aux exigences de l'environnement. Ces facteurs d'inertie, relevés par Hannan et Freeman⁵⁶⁸, sont autant internes qu'externes : coûts, informations, contraintes politiques et autres contraintes en lien avec l'histoire de chaque organisation.

L'écologie des populations cherche à comprendre la répartition des organisations dans un environnement donné et les limites de ces structures organisationnelles dans des environnements différents. Plus globalement, elle tente de savoir pourquoi il existe tant de sortes d'organisation⁵⁶⁹. Un des principes repose sur l'idée que si une population augmente, c'est qu'elle suit les changements environnementaux et qu'elle est donc ainsi sectionnée par l'environnement. Ce principe fait appel à de nombreux facteurs tels que changements rapides ou lents, environnement instable ou instable, intensité de la compétitivité des organisations en place.

La théorie de l'écologie des populations part de l'idée que l'environnement est totalement dominant, ce qui implique que les organisations sont très limitées pour s'adapter aux changements environnementaux. Du fait que ces organisations soient dépendantes des ressources qu'elles puisent dans l'environnement, elles en sont très dépendantes. Ce serait donc l'environnement qui sélectionnerait les organisations les plus à même de satisfaire ses besoins. Compte tenu des changements permanents de l'environnement, les organisations doivent s'adapter constamment ou disparaître. Dans cette logique, les organisations qui survivent sont les plus puissantes et dominantes. Cependant les structures organisationnelles ont quelque chose à jouer dans cette adaptation, en effet certaines, et notamment de nouvelles formes organisationnelles, vont être plus

⁵⁶⁷ Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011. P. 120

⁵⁶⁸ Hannan M. T. Freeman J. *The population ecology of organisations*, American Journal of Sociology, Vol 82, Issue 5 (mar. 1977), p. 931

⁵⁶⁹ Hannan M. T. Freeman J. *The population ecology of organisations*, American Journal of Sociology, Vol 82, Issue 5 (mar. 1977), p. 936

compatibles avec un environnement donné pour mieux utiliser les ressources de cet environnement. Pour Shortell et Kaluzny, ce sont celles qui vont dans le même sens que l'environnement⁵⁷⁰.

Le point de vue de l'écologie des populations ne donne que peu de place à l'organisation et ses dirigeants. « *La théorie implique que les dirigeants d'une organisation privée ou publique d'ailleurs, et quelle que soit sa taille n'ont strictement aucun impact sur le sort de l'organisation...*⁵⁷¹ » Cette théorie fait peu de place à la possibilité de transformation des organisations dans le sens que l'environnement sélectionne celles qui sont en phase avec lui. La plasticité des organisations n'est que peu prise en compte et les possibilités d'adaptation sont donc réduites.

Par ailleurs, Il semble également que « *L'écologie des populations ne s'est pas suffisamment penchée sur les phénomènes de collaboration.*⁵⁷² » phénomènes qui occupent beaucoup les organisations sanitaires qui travaillent de plus en plus en réseau. Ce point de vue rejoint celui de A. Guilhon qui souligne qu'il n'existe pas seulement de la concurrence entre organisations mais également de la coopération⁵⁷³. Le point de vue de la théorie de l'écologie des populations circonscrit les facteurs de pérennité à l'unique impact de l'environnement ce qui nous semble trop restrictif et incomplet pour donner une vision des facteurs de pérennité. C'est d'autant plus vraisemblable dans le contexte des organisations sanitaires, et particulièrement dans le cadre de notre recherche, qui cherche à mettre en évidence les facteurs de pérennité d'une organisation dans un contexte et non pour un ensemble d'établissement de même « espèce ». Nous développerons plus bas avec l'institutionnalisme les dimensions qui la rapprochent d'autres établissements du même type et celles qui les en éloignent. Cependant, cette approche montre un réel danger de disparition pour une institution si elle ne parvient pas à s'adapter aux évolutions environnementales qui, pour notre cas, se situeraient

⁵⁷⁰ Shortell S. M. Kaluzny A. D. *Health care management, organisation design and behavior* 4th. Edition, Library of congress cataloging-in-publication data, NY, 2000, p. 23

⁵⁷¹ Rojot J. Bergmann A. *Comportement et organisation*, Vuibert, Paris, 1989, p.185

⁵⁷² Singh J. *Apports et limites des théories de l'évolution des organisations*, <http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/003/ltdeo.pdf> p. 6

⁵⁷³ Guilhon, A. Labbé, R. Rappin, B. *Close:block:scholUnivAuthors Open:block:publicationBlock La Revue des Sciences de Gestion : Direction et Gestion*Close:block:publicationBlock 204 (Nov/Dec 2003) p. 4 <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/fc3f58e471281a4ee44c7e444a687ef1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1460927176&Signature=k8tl9o3xxOCcvMVRTBaNBOzcRyE%3D>

notamment dans les regroupements en grandes structures telle un CHU et décidé par les autorités.

2.1.2. L'institutionnalisme

Si pour l'écologie des populations, ce sont les pressions globales de l'environnement qui déterminent la survie des organisations, pour l'institutionnalisme, ce sont les légitimités obtenues par les institutions qui assurent leurs pérennités. L'institutionnalisme s'intéresse aux déterminants sociaux, telles les lois, la sécurité, les références métiers ou encore éthiques qui, non seulement, créditent les organisations mais également conditionnent leurs évolutions. Quelques institutions, telles la médecine, la psychiatrie ou la psychanalyse rejoignent notre problématique, c'est pourquoi, il nous semble intéressant de nous y arrêter. De manière générale, ces institutions contribuent à la pérennité des organisations et se retrouvent dans un interstice à la croisée du politique, du social et de processus cognitifs.

De plus, les institutions contribuent à une dynamique qui intéresse les organisations, celle de permettre d'allier la dimension individuelle et collective. Il s'agit d'un défi majeur pour la plupart d'entre elles. Dans ce sens, s'il est un avantage, en même temps, les institutions ont un immense pouvoir contraignant sur les organisations qui peuvent les faire vaciller, voire les faire disparaître, si ces dernières ne se conforment pas, ou n'obtiennent pas de légitimité. Dans le domaine de la psychiatrie, le poids des institutions est immense compte tenu de l'impact émotionnel qu'elle suscite dans la population. Les établissements psychiatriques sont très exposés médiatiquement et perdre sa légitimité peut être très nuisible, voire dévastateur.

L'institutionnalisme se définit pour C. Hédoïn «... comme l'ensemble des approches qui, d'une manière ou d'une autre, se proposent d'étudier l'émergence, le fonctionnement et l'évolution des institutions qui encadrent les interactions économiques.⁵⁷⁴ » Pour L Bazzoli et V. Dutraive « L'économie institutionnaliste étudie la genèse, la nature et l'évolution de l'organisation sociale de la société moderne... en montrant que les institutions sont la source d'une régulation qui permet à un ordre temporaire d'exister dans un système complexe.⁵⁷⁵ » Pour Shortell et Kaluzny : « La théorie institutionnalise met l'accent sur le fait que les

⁵⁷⁴ Hédoïn C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> p. 1

⁵⁷⁵ Bazzoli L. Dutraive V. L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons, *Economie et Institutions*, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 7

*organisations font face à un environnement caractérisé par des normes et des règles externes ainsi que des exigences auxquelles les organisations doivent se conformer pour obtenir de la légitimité et du soutien.*⁵⁷⁶ » (traduction libre) Ainsi, l'institutionnalisme se propose de mettre au premier plan de son analyse l'impact de la dimension collective de l'environnement composée par les institutions sur l'action individuelle et celle des organisations.

Les institutions « *désignent toutes activités régies par des anticipations stables et réciproques.* »⁵⁷⁷ Par exemple, le protestantisme, la médecine, la psychiatrie sont des institutions avec leurs incitations, leurs règles et leurs sanctions et, de ce fait, elles participent à l'articulation de l'individuel dans le collectif. L'institutionnalisme investit la croisée des domaines institutionnels et organisationnel autrement dit l'articulation de l'économique, du social et du politique.

Cependant, l'institution a plusieurs acceptions de la plus restreinte à la plus large : ainsi, elle peut être synonyme d'organisation⁵⁷⁸ ou désigner « *tout fait social stabilisé* »⁵⁷⁹ ou encore « *... dans un sens politique ; elles (les institutions) sont un ensemble d'appareil et de procédures de négociations visant la production des règles et de décisions légitimes.* »⁵⁸⁰ L'institutionnalisme se centre sur les cadres normatifs et cognitifs, en dehors de l'organisation, qui conditionnent celle-ci de manière évidente ou subtile. Cependant, toute organisation met en place une structure avec ses propres règles. « *Ainsi, une organisation est une institution au sens où une coordination réussie suppose la production et le respect d'un certain nombre de règles... qui représentent un ensemble de contraintes et de modèles d'action.* »⁵⁸¹ Une organisation peut être considérée comme institution si elle dure : « *Commons nous dit : « une organisation est une institution si elle fonctionne dans le*

⁵⁷⁶ Shortell S. M. Kaluzny A. D. *Health care management, organisation design and behavior* 4th. Edition, Library of congress cataloging-in-publication data, NY, 2000, p. 24

⁵⁷⁷ Bourdon R. Bourricaud F. *Dictionnaire critique de sociologie*, PUF, Paris 1982, p. 312, cité In Dubet F. *Le déclin de l'institution*, Ed. du Seuil, Paris, 2002, p. 22

⁵⁷⁸ Dubet F. *Le déclin de l'institution*, Ed. du Seuil, Paris, 2002, p. 22

⁵⁷⁹ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 3

⁵⁸⁰ Dubet F. *Le déclin de l'institution*, Ed. du Seuil, Paris, 2002, p. 23

⁵⁸¹ Bazzoli L. Dutraive V. *L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons*, Economie et Institutions, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 15

*temps.*⁵⁸² » Dans ce sens, l'institution serait également un instrument de pérennité. Les règles serviraient non seulement à assurer la cohérence des processus de l'organisation mais également à sa durabilité qui, pour se faire, nécessite de faire évoluer ses règles. Par conséquent, les institutionnalistes conçoivent la compréhension des organisations avec une dimension historique. «... *(L'entreprise comme institution)... agit dans le présent mais vit dans le futur.*⁵⁸³ »

G. Schmoller peut être considéré comme le premier économiste institutionnaliste vu qu'il semble être le premier à relever l'importance des normes sociales, du droit et des coutumes dans les interactions économiques. Ce positionnement permet de dépasser le point de vue uniquement individualiste de l'homme économique motivé par son unique intérêt personnel. Schumpeter souligne que Schmoller « *faisait profession d'étudier toutes les facettes d'un phénomène économique... l'ensemble des motivations humaines telles qu'elles se manifestent historiquement, les motivations économiques ne comptant pas plus que les autres, pour lesquelles on recourait au qualificatif d'« éthiques », probablement parce qu'il paraît mettre en valeur les composantes supra-individuelles.*⁵⁸⁴ » Ce sont ces « *composantes supra-individuelles* » qui fondent l'approche institutionnelle et donnent une nouvelle dimension aux interactions économiques. Il s'agit de comprendre l'influence des facteurs éthiques, psychologiques, légaux et coutumiers qui conditionnent ces comportements.

Schmoller prend comme exemples d'institutions : le mariage, le marché, l'esclavage, la propriété, la liberté industrielle et les définit comme « *un arrangement pris sur un point particulier de la vie en communauté, servant à des buts donnés, arrivé à une existence et à un développement propres, qui sert de cadre, de moules à l'action des générations successives... Il s'agit pour chaque institution, d'un ensemble d'habitudes et de règles de la morale, de la coutume et du droit, qui ont un centre ou un but commun, qui se tiennent entre elles, qui constitue un système, qui ont reçu un développement pratique et théorique commun, qui, solidement enraciné dans la vie de la communauté, sont comme une forme*

⁵⁸² Bazzoli L. Dutraive V. *L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons*, Economie et Institutions, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 15

⁵⁸³ Commons J. R. cité In Bazzoli L. Dutraive V. *L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons*, Economie et Institutions, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 22

⁵⁸⁴ Schumpeter J. cité IN Hédoïn C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> p. 2

*typique ne cessant d'attirer dans son cercle d'action les forces vivantes.*⁵⁸⁵ » Il s'agit d'une dynamique des interactions entre individus qui perdure et constitue un système de règles et d'habitudes qui se renforcent mutuellement. Par la suite, ces théorisations trouvent un écho favorable aux Etats Unis avec T. Veblen qui considère que «... *les phénomènes économiques sont le résultat d'une évolution cumulative, indéterminée et contingente des institutions.*⁵⁸⁶ », institutions qui évoluent et encadrent la société. Elles assurent de la coordination par les règles édictées qui permettent de réguler les conflits en toute légitimité.

De son côté, J. Commons suit ce positionnement en insistant sur le droit comme institution prioritairement influente. Compte tenu de l'impact sur les individus, chaque institution a un certain pouvoir. Commons en définit trois : le pouvoir moral, économique et physique qui, chacun à sa manière, peut donner récompenses et sanctions : gagner de la notoriété pour le pouvoir moral, de l'argent pour le pouvoir économique et exercer de la violence pour le pouvoir physique.

Une autre dimension relevée par Hédoin, qui, à son sens, est la première, est la fonction de diminuer l'incertitude. « *Les institutions sont ainsi des constructions humaines élaborées afin de limiter l'incertitude qui caractérise l'environnement dans lequel prend place l'action humaine.*⁵⁸⁷ » Cette dimension nous paraît très importante compte tenu du fort impact potentiel de l'incertitude dans les organisations. M. Crozier et E. Friedberg ont montré les liens entre incertitude et pouvoir. Pour eux, toute zone d'incertitude peut sécréter des « *sources de pouvoir* » pour chaque acteur. « *La deuxième grande source de pouvoir (la première est la compétence ou la spécialisation difficilement remplaçable) et qu'on trouve dans une organisation est liée à toutes les incertitudes qui se développent autour des relations entre organisation et son environnement.*⁵⁸⁸ » Ainsi, l'institutionnalisme peut être considéré non seulement comme un frein pour une organisation par rapport aux changements mais également comme agent de maîtrise ou contributif à contenir les enjeux et prise de pouvoir.

⁵⁸⁵ Schmoller G. cité In Hédoin C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> p. 2

⁵⁸⁶ Hédoin C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> p. 4

⁵⁸⁷ Hédoin C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> p. 8

⁵⁸⁸ Crozier M. Friedberg E. *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, Paris 1977, p. 85

Cette perspective ouvre un champ sur les choix et la stratégie institutionnels. Par exemple, dans l'histoire de la Fondation de Nant à ses débuts, les fondateurs ont investi « l'institution religieuse ». Cette dernière a d'un côté très certainement participé à mettre un cadre pour le choix des collaborateurs et les valeurs de référence. Certaines correspondances le mettent en évidence : « *Dans l'entretien que nous avons eu... nous avons des vues différentes quant à la communauté... Pour conclure, je vous demanderai d'envisager mon départ...* »⁵⁸⁹ » D'un autre côté, elle a fait office de réseau et a considérablement contribué au succès dans les premières années de l'établissement. Dans le même double sens, « l'institution psychanalyse » comme référentiel clinique, a permis de faire rayonner la Fondation à un moment et attirer mais aussi sélectionner des nouveaux collaborateurs. À cet égard, l'intégration du Dr N. de Coulon, alors directeur médical, à la société suisse de psychanalyse comme membre ordinaire, est saluée comme un succès et un avantage pour la Fondation. Il en va de même pour les thérapies à médiation corporelle qui trouve une certaine légitimité avec la thèse médicale du même Dr N. de Coulon⁵⁹⁰. En même temps, la référence à ces mêmes institutions est devenue contre-productive plus tard à l'instar de la référence à la religion qui est complètement dépassée et contre-productive. De son côté, la psychanalyse ne fait plus recette, attaquée très frontalement par les cognitivistes et l'establishment psychiatrique. Quant aux médiations corporelles, elles doivent désormais passer par les fourches caudines de l'evidence based practice et faire l'objet de résultats de recherche attestés pour garder ou recouvrer leur légitimité. Les institutions de référence changent et «... *la plupart des institutions ont perdu leur monopole.* »⁵⁹¹ »

L'institutionnalisme, dont les racines datent de la fin XIX^e et début du XX^e siècle, connaît un renouveau depuis les années 1980 dans «... *la volonté de réaffirmer l'importance des contraintes et d'influences d'ordre plus macro sur l'action.*»⁵⁹² » Scott « *recoupe largement les classifications de Hall et Taylor. Selon lui « Les institutions consistent en des structures cognitives, normatives et réglementaires ainsi que des activités qui apportent de la stabilité*

⁵⁸⁹ Correspondance de M. R. aux fondateurs, non datée, probablement fin des années 1940

⁵⁹⁰ de Coulon N. *La cure de pack, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique*, Thèse de médecine, soutenue à Lausanne en 1981 et publiée en 1982 par l'imprimerie Grama, Vevey

⁵⁹¹ Dubet F. *Le déclin de l'institution*, Ed. du Seuil, Paris, 2002, p. 55

⁵⁹² Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 4

et du sens au comportement social. »⁵⁹³ » L'analyse peut se faire selon ces trois piliers : réglementaires, normatifs et cognitifs. « *Les institutions « influencent le comportement en fournissant des schémas, catégories et modèles cognitifs qui sont indispensables à l'action...* »⁵⁹⁴ » Les aspects réglementaires et normatifs sont facilement identifiables et de plus en plus nombreux, qu'ils concernent les dimensions légales et règlement professionnels. De plus, la dimension cognitive conditionnerait l'acteur et de ce fait l'éloignerait de son libre choix purement rationnel. Ce serait le contexte enraciné dans ses dimensions historiques qui serait le levier le plus pesant dans le conditionnement du choix individuel. Une institution peut également être un mythe dans une organisation qui répond aux questions du pourquoi on agit de telle manière. «... *on a donc simplement affaire à une convention, c'est-à-dire un arrangement pratique purement utilitaire et/ou provisoire et reconnu comme tel.*»⁵⁹⁵ »

Ce point de vue parle en faveur de l'importance de la recherche historique pour comprendre les décisions actuelles et rejoint le concept institutionnaliste de « *dépendance au sentier* » (path dependance) opéré par les choix du passé. Ce concept, travaillé par D. North, a mis en évidence que les choix historiques contribuaient à augmenter les contraintes qui favorisent la stabilité des organisations mais qui, en même temps, participent à la résistance aux changements et donc à l'adaptation à son environnement. La référence à la psychanalyse à Nant nous semble emblématique de cette dimension. Valeur, garant de cohérence clinique et levier d'appel pour le recrutement depuis les années soixante-dix jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, à partir de là, la psychanalyse devient sujet d'attaque, de remise en question de la qualité des traitements actuels. Ce fut un choix du passé depuis l'arrivée du Dr C. Miéville en 1973 duquel il est difficile de s'émanciper – s'il fallait - vu qu'une grande partie de la culture clinique et son organisation sont fondées sur cette approche. Nous pouvons évidemment y voir en même temps une résistance au changement. Mais d'un autre côté, nous savons que cette référence et les valeurs qui l'accompagnent sont un levier de pérennité dans le sens où ils

⁵⁹³ Ibid. p. 5

⁵⁹⁴ Hall et Taylor 1997, p. 483, cité In Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 8

⁵⁹⁵ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 12

permettent de dépasser le paradoxe de la pérennité qui consiste à changer en restant le même.

L'importance du contexte historique est due au fait que les processus cognitifs se sont élaborés avec les expériences concrètes au fil du temps qui vont progressivement se transformer en routines et manière de penser. Ce processus conduit à donner des représentations aux collaborateurs sur les manières de faire. À la Fondation de Nant, la référence aux concepts psychanalytiques et son intégration dans la clinique sont tout à fait de cet ordre-là, tout comme l'approche humaniste et sa traduction dans les soins. Par répétition et assimilation, ces processus cognitifs participent à la durabilité de l'organisation. De plus, cet aspect routinier découlant des processus cognitifs et des règles permet de se concentrer sur les situations problématiques ou sur des développements favorisant l'innovation. « *Ainsi, la conception de l'action basée sur les règles (habitudes et formelles) n'apparaît-elle pas du tout incompatible avec une conception évolutionniste des phénomènes économiques... l'influence structurante des règles n'est pas d'ordre déterministe... si bien que leur prégnance sur les comportements n'oblitére ni la liberté, ni la créativité des individus.* »⁵⁹⁶ Cette apparente contradiction routine – créativité se retrouve chez plusieurs auteurs s'intéressant à la pérennité, tels que S. Mignon ou J. Porras et J. Collins⁵⁹⁷.

La limite du nouvel institutionnalisme porte sur l'incapacité à expliquer le changement «... *les néo-institutionnalistes échouent à qualifier les changements institutionnels qu'ils étudient.* »⁵⁹⁸ Les typologies qualifiées par Campbell de changements « évolutionnaires » ou continus et les changements « révolutionnaires » en discontinus semblent plus descriptives qu'explicatives. D'ailleurs, il « *conteste la prétention des institutionnalistes à expliquer les changements évolutionnaires...* »⁵⁹⁹ Mais il reprend deux notions qui contribuent au changement : le bricolage et l'entrepreneuriat. Le bricolage est souvent

⁵⁹⁶ Bazzoli L. Dutraive V. *L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons*, Economie et Institutions, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 27-28

⁵⁹⁷ Mignon S. *Stratégie de pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001

Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* Editions Générales First, Paris, 1996

⁵⁹⁸ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 19

⁵⁹⁹ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 23

évoqué⁶⁰⁰ depuis que C. Levi-Strauss lui a (re) donné ses lettres de noblesse⁶⁰¹. Son propos repose sur l'idée que les institutions produisent des outils qu'il est possible de recombinaison pour les transformer et leur redonner un nouvel élan. Pour ce faire, il faut des entrepreneurs qui créent et innovent en opérant ces bricolages. « *Par exemple, les entrepreneurs qui se trouvent aux intersections et interstices de réseaux et champs d'organisations, sont davantage que d'autres susceptibles de bricolages innovateurs, car ils ont des « répertoires » d'outils, de ressources instrumentales ou symboliques plus larges.* »⁶⁰² Ce propos nous intéresse particulièrement parce que Campbell, comme nous, voit le potentiel créateur des interstices.

Par ailleurs, il a élaboré une typologie des entrepreneurs en trois catégories : les décideurs, les théoristes et les bricoleurs de cadres. Les décideurs sont ceux qui prennent des décisions à l'instar des politiciens, les théoristes ceux qui développent de nouveaux paradigmes et enfin ceux qui bricolent des cadres (framer). Cette typologie nous permet de situer le type d'entrepreneur rencontré à la Fondation de Nant. Nous ne pouvons pas retenir les deux premiers types qui concernent davantage les politiciens et les chercheurs ou universitaires. Nous estimons avoir principalement des entrepreneurs « bricoleurs de cadres » à la Fondation de Nant. Ce concept nous intéresse particulièrement parce qu'il fait appel à un travail d'interstice, de mise ensemble ou de recombinaison locale qui signe des capacités d'adaptation et d'innovation. Par exemple, nous pouvons considérer le Dr C. Miéville comme un « bricoleur de cadre » dans le sens où il a élaboré un projet médical pour l'hôpital en 1974⁶⁰³ à partir de concepts psychanalytiques et des valeurs institutionnelles et un autre cadre pour l'ensemble du secteur psychiatrique en 1984⁶⁰⁴ en reprenant des concepts et expériences d'autres établissements tout en y ajoutant ses propres idées dans le prolongement du « bricolage » de 1974. Il a combiné des concepts cliniques organisateurs pour un nouveau projet qui s'est réalisé. De même, Mme M. G. Sorrentino a combiné des concepts cliniques avec la pratique soignante de Nant pour

⁶⁰⁰ Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011, p. 68

⁶⁰¹ Lévi-Strauss C. *La pensée sauvage*, Ed. Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, Paris, 2008, p. 576

⁶⁰² Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 24

⁶⁰³ Miéville Cl., *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source, n° 11, nov. 1974, pp 3-8

⁶⁰⁴ Miéville C. *Avenir du secteur psychiatrique de l'Est Vaudois*, 18 mai 1984, document interne

établir un concept global de la thérapie psychanalytique des patients psychotiques⁶⁰⁵. Elle a fusionné des concepts issus de la psychanalyse américaine, anglaise et française en intégrant la pratique clinique soignante de la Fondation. Ces exemples vont dans le sens de Draelants H. Maroy C. qui considèrent que « *Les idées plus que les intérêts importent dans le changement institutionnel, lorsqu'il y a une forte incertitude.*⁶⁰⁶ » Pour eux « *forte incertitude* » peut être une crise ou un projet novateur qui favorise le changement. Les cliniciens de la crise iraient dans le même sens : la crise peut être une opportunité de changement si elle est travaillée correctement.

L'institutionnalisme a une double face, elle instaure des règles internes, des modes de faire qui s'institutionnalisent et consolident l'organisation dans ses modes opératoires. Mais en même temps, il représente un réel danger pour la Fondation, principalement pour ses singularités, telles que sa politique de soins, ses modes de faire et son autonomie. Si importantes ou pertinentes qu'elles soient, les analyses institutionnalistes ne permettent pas de répondre globalement à notre questionnement. Si cette version « déterministe » identifie et explique certains phénomènes et dangers provenant de l'environnement pour la pérennité de Nant, elle ne donne pas à notre avis d'explications globales convaincantes. Elle reste principalement centrée sur les déterminants externes, certes puissants mais insuffisants à capter l'ensemble des phénomènes en jeu.

2.1.3. L'isomorphisme

L'institutionnalisme actuel constate que l'homogénéité est de plus en plus présente dans les organisations et propose le concept mimétisme et d'isomorphisme institutionnel⁶⁰⁷. « *Afin de survivre, les organisations doivent s'adapter aux attentes institutionnelles... les organisations obtiennent la légitimité et les ressources nécessaires en devenant isomorphes avec leurs environnements institutionnels...*⁶⁰⁸ » La logique de la légitimité devient primordiale et prévaut sur celle sur l'efficacité : « *Les organisations sont de plus en plus*

⁶⁰⁵ Sorrentino M. G. Séminaires internes, programmes des formations internes, documents internes

⁶⁰⁶ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 27

⁶⁰⁷ DiMaggio P. J. Powell W.W. *The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field*, American Sociological Review, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), p. 149

⁶⁰⁸ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 14

homogènes... le résultat de ce processus fait que les organisations sont de plus en plus similaires sans nécessairement les rendre plus efficaces. »⁶⁰⁹ (traduction libre). Ce point de vue est partagé par Shortell et Kaluzny : d'un côté l'environnement technique récompense les organisations efficaces et performantes, et de l'autre, l'environnement institutionnel valorise les organisations qui sont conformes à l'environnement sans se soucier de la performance de celles-ci⁶¹⁰. C'est déjà ce que dénonçait P. Drucker en 1954 quand il pointait le danger à ce que les dirigeants finissent par investir plus les procédures qui donnent légitimité que le résultat qu'elles sont censées apporter « *Rapports et procédures sont des instruments nécessaires. Mais il existe peu d'instruments qu'on puisse aussi facilement mal utiliser et qui puissent causer d'aussi grands dommages.* »⁶¹¹ » Si au départ les organisations montrent de la diversité, elles finissent par devenir homogènes en évoluant. Cette logique de l'homogénéité pour se légitimer semble se vérifier dans le domaine de la santé et particulièrement dans celui de la santé mentale où probablement les mesures d'efficience sont plus difficiles à mener que dans d'autres domaines de la médecine.

À ce titre, l'histoire de la psychiatrie montre combien les approches sont liées à des « modes » que l'on peut concevoir comme des institutions donnant légitimité aux pratiques cliniques. L'approche de l'agitation psychomotrice est éloquente : on passe de la loge au début du XIX^e siècle à la camisole de force à la fin du même siècle et cette dernière trouvaille est considérée comme un grand progrès à l'époque. Plus tard, on (re) passe à l'isolement en cellule au XX^e siècle, puis à la contention mécanique avec des attaches au lit, méthode encore pratiquée aujourd'hui. Dans le canton de Vaud, mis à part à Nant, elle est appliquée jusque dans les années 1990 avant de revenir à l'isolement dans sa version contemporaine : la « chambre de soins intensifs » sur pression des associations de patients qui « préfèrent » l'isolement à l'attache.

Les pressions du Service de la Santé Publique (SSP) vaudoise sont tout aussi emblématiques de cet isomorphisme. Les projets doivent porter la même « appellation » pour être avalisés et financés. À cet égard et à titre d'exemple, le projet « Ressort », prévu

⁶⁰⁹ DiMaggio P. J. Powell W.W. The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field, *American Sociological Review*, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), p. 147

⁶¹⁰ Shortell S. M. Kaluzny A. D. *Health care management, organisation design and behavior* 4th. Edition, Library of congress cataloging-in-publication data, NY, 2000, p. 24

⁶¹¹ Drucker P. *La pratique de la direction des entreprises*, Editions d'organisation, Paris, 1957, p. 137

pour l'insertion professionnelle des patients psychiatriques, en est une illustration : le projet interne de la Fondation s'appelait « Hésiode »⁶¹² et pour le financer, il a fallu changer d'appellation et suivre « la » voie donnée par le SSP concernant le concept sans plus de discussion. « *La création, la transformation et la diffusion des institutions requièrent la légitimité, une condition selon laquelle les alternatives sont vues comme moins appropriées, désirables ou viables. En conséquence, les travaux des fondateurs du néo-institutionnalisme sociologique ont montré que les organisations obtiennent la légitimité et les ressources nécessaires en devenant isomorphes avec leurs environnements institutionnels.* »⁶¹³ Ne pas suivre ces incitations revient à perdre sa légitimité et s'exposer à être pénalisé, et en même temps, devenir isomorphe permet d'obtenir des ressources.

T. Dacin et ses collaborateurs estiment que les théories institutionnalistes permettent une meilleure compréhension de l'action individuelle et collective. Si les institutions donnent du crédit et de la légitimité, lorsqu'elles se transforment ou disparaissent, elles entraînent en quelque sorte dans leur chute ceux qui s'y référaient. Il s'agit pour eux de « désinstitutionnalisation », qui, en référence à W. Scott, se définit comme le processus qui aboutit à affaiblir et faire disparaître des organisations⁶¹⁴. C'est le cas quand arrivent de nouvelles croyances ou pratiques. Mais sans légitimité institutionnelle, toute création ou transformation peut être considérée comme moins appropriée et donc plus difficile à mettre en place et maintenir⁶¹⁵. Le besoin de légitimité est donc particulièrement important en cas de changement qu'il s'agisse de transformation ou d'innovation. En effet, la légitimité obtenue sur les anciens objets n'est plus garantie et doit être regagnée avec les nouveaux. Par exemple d'un point de vue clinique, le traitement des dépendances a longtemps visé l'abstinence comme seul objectif reconnu et légitime alors qu'actuellement la consommation contrôlée est un objectif, mais il a fallu du temps pour cette nouvelle approche obtienne sa légitimité.

Il existe d'autres stratégies pour garder sa légitimité. Plutôt que d'essayer de la gagner avec un nouvel objet, il est possible de se coupler avec d'autres partenaires ayant

⁶¹² Bussy Y., document interne

⁶¹³ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 14

⁶¹⁴ Dacin M. T. Goodstein J. Scott W. R. *Institutional theory and institutional change : introduction to the special research form*, Academy of Management Journal, 2002, Vol 45, N° 1, p. 46

⁶¹⁵ Dacin M. T. Goodstein J. Scott W. R. *Institutional theory and institutional change : introduction to the special research form*, Academy of Management Journal, 2002, Vol 45, N° 1, p. 47

légitimité sur cet objet. Ceci semble particulièrement valable pour le domaine hospitalier dans lequel la légitimité peut s'obtenir par la création d'une structure de niche agréée (légitimée) ou l'intégration à un système plus large agréé qui donne de fait cette légitimité. Nous constatons cette dynamique dans l'adhésion de la Fondation à des programmes cantonaux qui garantissent une certaine légitimité tout en respectant une pratique plus « locale ». Cette stratégie correspond à une manière de se coupler plutôt que de chercher de la légitimité pour un projet plus singulier mais elle contribue à un certain isomorphisme. Ce point de vue se superpose avec les récentes théories de l'écologie des populations⁶¹⁶.

Pour ces auteurs, les pressions institutionnelles sont de trois ordres : fonctionnelles, politiques et sociales. « *Les pressions fonctionnelles pour une désinstitutionalisation sont celles qui surviennent de problèmes perçus au niveau de la performance ou de l'utilité perçue associées à une pratique institutionnelle.* ⁶¹⁷ » (traduction libre). Par exemple, les financeurs politiques de la santé pourraient remettre en question la politique de soins d'un établissement s'ils perçoivent un problème de performance. Ce fut le cas à la Fondation de Nant lorsque le ministre responsable de la santé en 2015, dans un contexte particulier, considérait que les patients n'étaient plus en sécurité concernant la suicidalité. Les pressions politiques proviennent du décalage entre les intérêts perçus sur le moment et le pouvoir qui a légitimé cette institution. De tels décalages peuvent provoquer une crise de légitimité dans les pratiques. Par exemple dans le domaine de la psychiatrie, ce pourrait être le changement de référence théorique dominant à l'exemple des thérapies cognitivo-comportementales qui prennent l'ascendant sur les références psychanalytiques qui, du coup, perdent de leur légitimité. L'attitude la plus facile pour garder ou retrouver sa légitimité est d'adhérer aux institutions légitimées avec comme corolaire d'aboutir à ce que tous les établissements se ressemblent. Ainsi, opère l'isomorphisme.

Les pressions sociales sont nombreuses concernant la psychiatrie, elles sont souvent associées aux idées « grand public » de la maladie mentale et à ses traitements : ce sont par exemple les mesures de contraintes, la violence, la perversion ou la créativité

⁶¹⁶ Dacin M. T. Goodstein J. Scott W. R. *Institutional theory and intitutional change : introduction to the special research form*, Academy of Management Journal, 2002, Vol 45, N° 1, p. 51

⁶¹⁷ Dacin M. T. Goodstein J. Scott W. R. *Institutional theory and intitutional change : introduction to the special research form*, Academy of Management Journal, 2002, Vol 45, N° 1, p. 46

artistique. Les établissements psychiatriques peuvent être particulièrement considérés comme des révélateurs des paradoxes sociaux ce qui les met en position de fragilité. En effet, ils sont montrés du doigt quand ils appliquent des mesures de contraintes et en même temps dénoncés pour ne pas protéger suffisamment la société de ses fous. Ces thématiques, qui font souvent les gorges chaudes de la presse, mettent beaucoup de pression sur les établissements psychiatriques qui sont contraints de composer avec elles pour garder leur légitimité.

DiMaggio et Powell⁶¹⁸ nomment cette dynamique l'isomorphisme coercitif, il s'agit d'une contrainte avec laquelle il faut composer. Ces derniers définissent trois mécanismes par lesquels l'isomorphisme opère : l'isomorphisme coercitif, mimétique et normatif. L'isomorphisme coercitif s'exerce par les pressions formelles et informelles des organismes supérieurs ou dont dépend l'organisation. Ces pressions peuvent se faire par la force, la persuasion ou par invitation à rejoindre la même collusion. Ce sont par exemple les lois, les normes ou les autorisations délivrées sous conditions. Dans le domaine de la santé, et plus particulièrement de la santé mentale, les textes de lois sur l'application des mesures de contraintes, les formations des professionnels, les normes sécurité en sont des exemples. À cela s'ajoutent les contraintes plus informelles qui, sans avoir un statut d'obligation, n'en exercent pas moins des pressions coercitives. Par exemple, il est devenu impensable de ne pas collaborer avec les associations de proches ou de patients psychiatriques sans qu'aucun texte de loi ou de directive de la tutelle ne soit formulé.

L'isomorphisme mimétique pousse à l'imitation d'une autre manière et n'en est pas moins une pression. Il semblerait que ce mécanisme s'exerce plutôt lorsque les buts d'une organisation sont ambigus ou que l'environnement provoque de l'incertitude. Dans ce type de contexte, l'organisation qui doit faire face à certains problèmes sans avoir de solutions précises, peut préférer imiter d'autres organisations dans le même contexte pour avoir de la légitimité plutôt qu'inventer et innover. Communément, il existe deux attitudes : innover et prendre des risques ou attendre et imiter ceux qui ont réussi. Ressembler peut donner de la légitimité, du crédit, bien que la performance ne soit pas au

⁶¹⁸ DiMaggio P. J. Powell W.W. *The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field*, *American Sociological Review*, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), p. 150

rendez-vous ce qui montre qu'elle n'est pas la priorité. Il y a dans cette attitude mimétique un aspect rituel plus que rationnel⁶¹⁹ que nous reprendrons plus loin.

L'isomorphisme normatif s'enracine principalement dans la professionnalisation. Les formations contribuent forcément à une certaine uniformisation des pratiques qui donnent de la légitimité « académique ». Les centres de formation spécialisés sont censés avoir légitimité et sont crédités pour former des professionnels dans un domaine. Les références « métiers » se retrouvent généralement dans ces écoles que ce soient les universités, les hautes écoles ou les centres de formation accrédités. Un deuxième levier important d'isomorphisme normatif relevé par Di Maggio et Powell est le réseau que tissent les professionnels. En effet, c'est par ce réseau que se diffusent les nouveaux modèles et nouveaux standards professionnels qui finissent par être adoptés par la majorité. Dans ce sens, F. Dupuy inclut les écoles de management et les cabinets de conseil qui se saisissent des innovations des entreprises et les mettent en forme académique pour les standardiser : « *Par là même se constitue une forme de savoir stéréotypé, qui reproduit et mouline à l'infini les mêmes principes et enferme l'ensemble de ce système dans un conformisme fait d'idées reçues ou de « théories fondées sur l'évidence.* »⁶²⁰ »

Le temps de réaction aux pressions varie d'une organisation à l'autre, certaines organisations réagissent rapidement et d'autres résistent plus longtemps avant de changer et devenir isomorphe par contrainte. Il semble que ces variations d'attitude dépendent du degré de dépendance des organisations aux pressions externes. En effet, la contrainte d'adaptation semble proportionnelle au degré de dépendance, plus une organisation est dépendante, plus elle devient rapidement isomorphe. Cette dynamique de dépendance est valable pour les pressions externes comme les standards professionnels et les ressources, telles que les autorisations ou les financements. La Fondation de Nant, en qualité d'établissement privé d'intérêt public, est fortement dépendante des financements publics et des autorisations à exploiter qu'elle délivre dès lors elle est très contrainte de ce point de vue. Elle l'est également pour la formation dont les exigences des centres de formation sont très contraignantes que ce soient la FMH pour

⁶¹⁹ DiMaggio P. J. Powell W.W. *The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field*, *American Sociological Review*, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), p. 151

⁶²⁰ Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 214

la formation des médecins, les HES pour les infirmiers, éducateurs ou ergothérapeutes ou encore la FSP (fédération suisse des psychologues) pour les psychologues.

Nous l'avons déjà relevé, l'isomorphisme peut être une voie pour obtenir de la légitimité lorsqu'il y a de l'incertitude. C. Olivier⁶²¹ différencie cinq stratégies de légitimation : l'adaptation, le compromis, l'évitement, le défi et la manipulation. Les deux premières semblent les plus courantes. En psychiatrie, c'est très fréquent, l'exemple de la prise en soins de l'agitation psychomotrice est éloquent du fait qu'il n'existe pas de ligne scientifique à suivre pour gérer ce problème. Ainsi, chaque institution a plus ou moins développé ses propres stratégies. Dans ce cas, et comme dans d'autres où la « science » n'a pas de solution, le crédit d'une approche peut venir de l'établissement universitaire qui légitime des pratiques quand bien même son approche n'a aucune base scientifique. De ce fait, une organisation peut être dépendante du crédit académique accordé à une pratique et se faire dicter des pratiques qui la forceront à devenir isomorphe de l'institution universitaire. Ainsi, les établissements s'adaptent et font la plupart du temps des compromis. L'organisation psychiatrique du canton de Vaud en est un exemple, les programmes de soins doivent suivre ceux du secteur universitaire (un sur quatre dont deux directement en lien de subordination), même s'il existe d'autres voies.

DiMaggio et Powell estiment que «... les théories de l'isomorphisme institutionnel peuvent aider à expliquer le constat que les organisations tendent à devenir plus homogènes. ⁶²² » (traduction libre). Ils considèrent que leur analyse complète celle de l'écologie des populations dans la compréhension de la survie des organisations. Leur approche est plutôt en phase avec l'ethnographie et les écrits sur le travail des organisations que sur les théories du changement organisationnel. Dans ce sens, J. Meyer⁶²³ relève l'importance des mythes et des cérémonies qui contribuent à l'isomorphisme. La question qui devrait se poser est : à qui profitent ces modèles initialement ? DiMaggio et Powell estiment que le changement organisationnel s'opère sans que ce soit planifié intentionnellement par ceux qui le souhaiteraient et que ce processus sert à un double pouvoir : le premier définit les normes et références qui conditionnent les formes organisationnelles et les

⁶²¹ Martinet A. C. Pesqueux Y. *Epistémologie des sciences de gestion*, Magnard-Vuibert, Paris, 2013, p.95

⁶²² DiMaggio P. J. Powell W.W. *The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field*, *American Sociological Review*, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), p. 157

⁶²³ DiMaggio P. J. Powell W.W. *The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field*, *American Sociological Review*, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), p. 157

comportements et le second maintient ces modèles de référence pour des années sans que ce soit remis en question. Ce point de vue pourrait expliquer ce que l'écologie des populations n'explique pas « *L'élimination par sélection naturelle n'est pas compatible avec la persistance d'organisation inefficaces... mais néanmoins toujours là.* ⁶²⁴ »

Ce processus de légitimation par isomorphisme pour survivre ouvre une voie presque unique aux organisations, voie qui tient du mythe comme le relevaient Di Maggio et Powell. En effet, certaines options ne reposent pas sur des bases d'efficience « prouvées » mais sur des croyances qui prennent la forme de mythes. Par exemple, en Romandie, dans le domaine de la santé, nous voyons de plus en plus de concentration d'hôpitaux dans une organisation unique sous prétexte d'économie d'échelles et d'efficience et nous constatons que les objectifs voulus ne sont pas atteints. Mais il n'existe aucune remise en question de cette politique, les grandes concentrations se poursuivent dans la plupart des cantons romands alors que du côté alémanique le mouvement inverse est en route pour les mêmes raisons. Ces deux tendances peuvent être considérées comme des mythes. Ces mythes se forment à partir des caractéristiques sociales et politiques de l'environnement. Shortell et Kaluzny adoptent le même point de vue : règles, croyances et normes peuvent prendre la forme de mythes rationnels qui se retrouvent dans des textes de loi ou des standards professionnels ⁶²⁵ qui contribuent à l'isomorphisme.

Partant de ce constat, H. Mintzberg considère de ce fait que l'institutionnalisme ne laisse que peu de place aux décisions rationnelles des dirigeants puisque ce sont des mythes qui conditionnent certains choix pour obtenir la légitimité attendue. Pour les organisations, il y voit un « *processus de ritualisation et d'incorporation de mythes sociaux produit dans l'environnement idéologique des organisations.* ⁶²⁶ » L'édiction de plus en plus fréquente de normes et de guides de bonnes pratiques dans le monde de la santé participe grandement à ce phénomène d'isomorphisme. En Suisse l'agence nationale pour la qualité ⁶²⁷, la CIVESS⁶²⁸ dans le canton de Vaud ainsi que les textes de loi sur l'assurance maladie⁶²⁹

⁶²⁴ Rojot J. *Théorie des organisations*, éd. ESKA, Paris 2005, p. 430

⁶²⁵ Shortell S. M. Kaluzny A. D. *Health care management, organisation design and behavior* 4th. Edition, Library of congress cataloging-in-publication data, NY, 2000, p. 24

⁶²⁶ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 12

⁶²⁷ <http://www.anq.ch/fr/anq/>

⁶²⁸ <http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/civess/>

⁶²⁹ <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>

(LaMal) en sont des exemples révélateurs. Ces agences de qualité ou de normes contribuent pleinement à la logique qui fait prévaloir la légitimité plutôt que l'efficacité.

Les organisations qui ne les suivent pas prennent le risque d'être pénalisées, voire sanctionnées, car elles perdent leur légitimité sans adhérer à ces mythes. Dans ce sens pour le domaine de la psychiatrie, les mythes sont nombreux, par exemple, nous pourrions considérer la psychanalyse comme telle. Elle a donné pendant quelques décennies une énorme légitimité à ceux qui s'y référaient avant de basculer dans la position inverse (changement de mythe). Il en va de même pour les enveloppements thérapeutiques (packing) considérés comme une alternative humaniste reconnue avant d'être attaquée très brutalement pour finir par être interdite dans certains cas comme pour le traitement de l'autisme en France par la HAS, mis à part dans le cadre de la recherche du Prof. Delion. Cependant «... *en considérant que ces mythes relèvent d'une construction sociale plutôt que d'une adaptation rationnelle, l'approche néo-institutionnelle introduit davantage de possibilités de transformations que l'analyse suggérée par l'approche contingente.* ⁶³⁰ »

Pour Hannan et Freeman⁶³¹, les principes de l'isomorphisme semblent appropriés dans un environnement stable mais au-delà montre leur limite. Dans un environnement plus instable, des organisations se spécialisent pour répondre aux attentes de l'environnement en créant des activités de niches avec une structure également spécifique qui se différencie de la majorité des organisations isomorphes. Ces activités de niche peuvent être intégrées dans des organisations plus grandes comme unité spécialisée. Il semble que cette stratégie permet à ces mêmes organisations d'améliorer leur flexibilité, leur développement et de mieux composer avec un environnement instable du fait que des compétences existantes qui peuvent par moment paraître comme excessives. Nous pouvons considérer que le Fondation de Nant s'est trouvé dans ce cas de figure de niche, par exemple en étant le seul secteur psychiatrique du canton se référant à la psychanalyse et attirant les professionnels intéressés par ce modèle.

L'isomorphisme a une double valence, d'un côté de renforcer des pratiques internes en les instituant, mais de l'autre, il est source de pressions pour la Fondation, notamment sur

⁶³⁰ Ibid. p. 12

⁶³¹ Hannan M. T. Freeman J. *The population ecology of organisations*, American Journal of Sociology, Vol 82, Issue 5 (mar. 1977), p. 946

ses pratiques cliniques en référence à la psychanalyse et son statut privé. De ce point de vue, sa pérennité se joue en « jouant » sur les légitimités qu'elle peut afficher pour garder ses pratiques non isomorphes.

2.1.4. La contingence

La théorie de la contingence met également l'accent sur la relation de l'organisation avec son environnement mais d'une autre manière dans laquelle l'organisation peut être plus active. Avant l'apport de P. Lawrence et J. Lorsch⁶³² la question qui se posait était « *quel est le seul et unique meilleur moyen de gérer et d'organiser ?* »⁶³³ Fondamentalement, ces auteurs ont amené la question du contexte, de son influence et de son lien sur l'organisation et réciproquement. Leur étude montre que « *le type d'organisation requis varie selon la nature des biens et services fournis, les moyens mis en œuvre et l'environnement économique du moment.* »⁶³⁴ Ainsi, leur proposition théorique est une « *théorie relativiste des organisations* » qui inclut les théories classiques et celle des relations humaines.

Si nous posons la relation au cœur de notre organisation, nous faisons implicitement référence aux théories des relations humaines qui mettent l'accent sur la communication, l'écoute et la direction participative. Cette théorie semble particulièrement applicable à certains contextes dont probablement celui des soins psychiatriques si leurs pratiques relèvent du travail relationnel. Ainsi, l'organisation est considérée comme un système de relations ce qui rejoint le propos de notre étude. Cependant, notre réflexion sur cette dimension relationnelle s'oriente vers la recherche d'un espace où la proximité entre pratiques cliniques et pratiques de gestion, organisée et basée sur les mêmes valeurs trouve son mode opératoire.

Dans le contexte d'organisations sanitaires, nous ne pouvons faire l'impasse sur les questions de pouvoir et de hiérarchie compte tenu de la structure très hiérarchisée de la filière médicale. La référence à l'armée est souvent évoquée pour parler de l'organisation médicale dans les institutions sanitaires et, dans ce cas, nous sommes loin des théories des relations humaines. Nous constatons une condensation entre savoir et pouvoir. En

⁶³² Lawrence P. Lorsch J. *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, deuxième tirage, 1994

⁶³³ Ibid. p. 9

⁶³⁴ Ibid. p. 22

effet, celui qui a le savoir, possède le pouvoir décisionnel et dirige. La deuxième partie du XIX^e siècle en est une illustration avec l'autorité démesurée des aliénistes dans l'asile. Dans cette perspective, nous nous rapprochons de l'organisation scientifique du travail qui a montré toutes ses limites.

Mais dans notre cas, il y a quelque chose d'implicite dans le supposé savoir du médecin. Il lui est souvent attribué un savoir quasi universel alors que ce n'est évidemment pas le cas. Mais avec l'arrivée d'autres spécialistes, son savoir est devenu relatif et circonstancié, il lui faut composer avec d'autres compétences et donc d'autres professionnels, c'est le passage « *du colloque singulier au colloque pluriel* ⁶³⁵ ». De plus, ce colloque pluriel va s'étendre au-delà de la clinique à la gestion qui entre en scène comme un autre champ de compétences avec lequel il faut composer, surtout depuis que les pressions financières se sont faites plus pressantes. C'est précisément dans cette logique du faire-ensemble qu'I. Orgogozo propose un mode d'action sur une logique transversale et commune, et non plus hiérarchique, compte tenu de l'environnement actuel incertain ⁶³⁶. Ainsi, les théories classiques perdent de leur pertinence au profit de mode organisationnel plus complexe. « *... les problèmes et les connaissances deviendront trop complexes pour être à la portée d'une poignée d'individus seulement... le partage de pouvoir sera plus fondamental que jamais pour la santé de l'organisation...* ⁶³⁷ » Nous nous retrouvons à l'opposé de l'organisation scientifique du travail construite sur une solide et illusoire hiérarchie.

La résolution de conflit est un axe de compréhension de l'efficacité d'une organisation. Pour Lawrence et Lorsch, les organisations qui traitent leurs conflits en cohérence avec les contraintes environnementales sont les plus performantes. « *Pour être efficace, une organisation doit atteindre des états de différenciation et d'intégration qui conviennent aux contraintes de l'environnement. Pour y parvenir, elle doit satisfaire à la plupart des déterminants d'efficacité de résolution de conflits...* ⁶³⁸ » L'antagonisme induit par différenciation et intégration produit forcément du désaccord, voire du conflit, il est donc essentiel d'avoir les moyens de résoudre ces tensions. Pour se faire, les responsables

⁶³⁵ Pascal C. *Du colloque singulier au colloque pluriel : le processus au service du mieux-faire ensemble*, In *Que faire l'hôpital ?* Amourous C. sous la dir. L'Harmattan, Paris, 2004, pp. 73-104

⁶³⁶ Orgogozo I. *Postmodernisme et action dans un monde incertain*, *Thérapie Familiale*, 204/4 (vol 25), p. 433-451

⁶³⁷ Ibid. p. 221 Lawrence...

⁶³⁸ Lawrence P. Lorsch J. *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, deuxième tirage, 1994, p. 129

devraient sans cesse chercher à améliorer le fonctionnement de l'organisation. Pour ces deux auteurs, il s'agit de la caractéristique commune aux organisations présentant une haute performance. Leur point de vue rejoint celui d'A. Hirschman sur la prise de parole pour éviter la défection et participer au redressement d'une entreprise, la prise parole allant dans le sens de la résolution de conflit. La possibilité de prise de parole se construit dans l'organisation « *la sensibilité à la défection et à la prise de parole varie selon le type d'organisation considérée.* ⁶³⁹ » «... *les mesures destinées à freiner la défection peuvent être présentées comme un moyen de stimuler la prise de parole.* ⁶⁴⁰ » Ces positions vont dans le même sens d'une organisation plus transversale et moins hiérarchisée.

La résolution de conflit concerne le pouvoir et le résultat des recherches de Lawrence et Lorsch montre que, pour être efficace, le pouvoir doit se situer où se trouvent les compétences nécessaires : il est donc très variable. Par exemple, dans un environnement incertain, le pouvoir devrait se situer au plus bas de l'échelle hiérarchique ou si situer au plus près du département le plus concerné par le problème que pose l'environnement. Ils mettent en évidence quatre déterminants à la résolution de conflit dont deux relatifs à toutes les organisations : la confrontation et le pouvoir fondé sur la compétence ou expertise. Les deux autres concernent des fonctions spécifiques de coordination hors hiérarchie. Dans les organisations sanitaires, nous constatons souvent une confusion entre « savoirs métier », notamment médicaux, et compétences managériales qui sortent du domaine des compétences métiers du soin. La fréquente confusion de ces deux domaines contribue à une mauvaise résolution des conflits, voire de les envenimer si l'on considère que l'application de solutions soignante aux problèmes d'organisation aboutit forcément à une impasse. « *Nous rejetons l'affirmation classique que la connaissance coïncide automatiquement avec le pouvoir formel. Nous voyons plutôt le pouvoir de compétence comme une variable qu'il est important de séparer.* ⁶⁴¹ » Nous trouvons la meilleure formule quand pouvoir formel et de compétence coïncident.

La théorie de la contingence se situe un peu plus dans une vision intentionnaliste qui laisse un peu de marge de manœuvre aux dirigeants pour adapter leurs structures et

⁶³⁹ Hirschman A. *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Les éditions ouvrières. Édition économie et humanisme, Paris, 1972, p. 78

⁶⁴⁰ Ibid., p. 83

⁶⁴¹ Hirschman A. *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Les éditions ouvrières. Édition économie et humanisme, Paris, 1972, p. 163

modes opératoires. Cependant, elle s'intéresse principalement aux facteurs de pérennité centrée sur l'environnement comme les trois autres courants théoriques abordés précédemment. C'est pourquoi nous allons aborder les facteurs internes de pérennité de l'organisation dans une vision plus intentionnaliste.

2.2. Les déterminants internes

« Il y a deux sortes de chef d'orchestre, ceux qui ont la partition dans la tête et ceux qui ont la tête dans la partition »

Toscanini

« La pérennité n'est donc pas le point d'arrivée d'un chemin balisé mais une « quête de graal » jamais achevée...⁶⁴² »

S. Mignon

Après avoir abordé certains déterminants externes de pérennité dans le chapitre précédent, nous allons nous pencher dans ce chapitre sur les déterminants internes dans une vision plus intentionnaliste. Les déterminants internes nécessitent un développement spécifique de la pérennité, ou plutôt de sa dynamique, pour mieux la comprendre et pouvoir les mettre en évidence.

La dynamique de la pérennité organisationnelle a quelque chose à voir avec celle de la mort : s'organiser pour rester en vie. Rester en vie pour une organisation, c'est se pérenniser. La perspective d'une fin contribuerait à affiner une stratégie de longévité en allant à l'essentiel. *« Avoir en tête que je peux mourir bientôt est ce que j'ai découvert de plus efficace pour m'aider à prendre des décisions importantes. Parce que presque tout... s'efface devant la mort, ne laissant que l'essentiel.⁶⁴³ »*

Les études et les écrits sur la pérennité ne sont pas nombreux. Nous nous référerons à trois sources principales pour étudier le sujet. D'abord S. Mignon s'est intéressée directement au sujet : ses publications sont une source importante qui est complétée par la recherche d'A. de Geus qui a également travaillé sur le sujet. La deuxième source n'est pas directement en lien avec le sujet mais présente une parenté évidente ; il s'agit de la recherche de Collins et Porras sur les entreprises visionnaires qui, de fait, s'inscrivent dans la durée. Finalement, les recherches sur les entreprises familiales nous donnent

⁶⁴² Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 211

⁶⁴³ Jobs S. Discours à l'université de Stanford, juin 2005

d'excellents éléments sur la pérennité dont notamment les « Hénokiens » dont les organisations brillent par leur pérennité de plus de deux cents ans.

La pérennité est une notion complexe qui, pour être cernée, devrait faire appel non seulement au management mais également à l'anthropologie, l'histoire ou encore à la géographie. Cependant, elle peut se concevoir comme la finalité essentielle de la gestion : faire durer un projet d'entreprise. Il existe plusieurs typologies de pérennité : pérennité d'un contrôle, d'une direction (pouvoir), d'un projet (activités) ou pérennité organisationnelle ⁶⁴⁴. Si nous nous intéressons prioritairement à la pérennité organisationnelle, nous verrons que les autres types de pérennité nous seront utiles à l'analyse historique de la Fondation de Nant, notamment dans les successions de responsables dans trois principales filières professionnelles.

Il semble qu'il n'y ait pas de secteur spécifique en lien avec la pérennité, toute activité peut être concernée. Ainsi « *La pérennité de l'organisation est préservée lorsque l'entreprise a su, au cours de son histoire, initier ou faire face à des bouleversements internes et externes et préserver, jusqu'à nos jours, l'essentiel de son identité.* ⁶⁴⁵ » Dans cette perspective, nous allons rechercher d'éventuelles modalités organisationnelles ou éléments spécifiques d'entreprise favorisant la pérennité organisationnelle.

Nous avons débuté ce chapitre par une métaphore biologique en évoquant le mort et poursuivons par une analogie avec la vie comme métaphore de la pérennité. G. Morgan⁶⁴⁶ considère l'image comme moyen adapté pour se représenter l'organisation et cette métaphore comme un levier pour le manager afin de prendre du recul en modélisant son organisation sous cette forme. Il s'agit d'un processus d'aide à la compréhension, la complexité des organisations étant difficile à se représenter, la représentation visuelle peut être considérée comme une possibilité bien qu'elle reste partielle et jamais exhaustive. Ainsi dans l'histoire des organisations les premières métaphores étaient celle de machine en lien avec l'organisation scientifique et mécaniste du travail. Par la suite, et en lien avec l'évolution des organisations plus en lien avec les interactions internes et avec

⁶⁴⁴ Mignon S. Stratégie de la pérennité d'entreprise, Librairie Vuibert, Paris, 2001, pp. 11-43 et Mignon S. La pérennité des entreprises familiales : un modèle alternatif à la création de valeur pour l'actionnaire ? Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N°1 mars 2000

⁶⁴⁵ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris 2113, p. 15

⁶⁴⁶ Morgan G. *Images de l'organisation*, de Boeck, Louvain-la-Neuve et Paris, 1999

l'environnement, ce sont les métaphores biologiques qui ont été appliquées. La métaphore biologique fait référence aux interactions et au processus systémique.

Ainsi, la vie peut être une métaphore de la pérennité, et peut-être plus particulièrement la vie psychique, dans le sens d'une dynamique de perpétuelles adaptations et d'incessants mouvements internes et en lien avec l'environnement pour garder une certaine homéostasie. Il s'agit d'une dynamique et c'est dans ce sens que nous allons chercher les ingrédients de la pérennité, de quoi est-elle faite et comment ses différents éléments jouent-ils entre eux pour aboutir à une dynamique de pérennité ? Comme nous l'avons relevé, la thématique n'a pas attiré énormément de chercheurs, les publications sur le sujet ne sont pas nombreuses. « *Alors que l'actualité récente souligne les dérives d'un système privilégiant les rendements de court terme et ponctué par des crises récurrentes depuis une vingtaine d'années, on peut s'étonner du faible nombre de travaux consacré, a contrario, à des problématiques plaçant la pérennité des organisations au cœur des débats.* ⁶⁴⁷ » Nous pouvons supposer qu'il existe très probablement une certaine actualité à ce propos.

Dans les études de Mignon, Collins et de Geus, nous retrouvons les mêmes facteurs généralement attribués à la pérennité : ce sont le savoir-faire – et probablement le « travail du savoir » et son « capital savoir » au sens de P. Drucker⁶⁴⁸ - la gestion financière prudente avec des investissements à long terme et une mise de côté des rendements immédiats, un intérêt des dirigeants pour l'organisation plutôt que pour leurs carrières, les valeurs, les traditions et la fidélité des employés. Il faut y ajouter les capacités d'innovations en lien avec l'environnement et des modes de gestion fondés sur la confiance, la participativité⁶⁴⁹ et la décentralisation. Ces invariants conditionnent la stratégie de ces organisations orientées vers la pérennité. Quant à la dynamique de la pérennité, ses éléments fondamentaux touchent des notions telles que le mouvement, l'homéostasie, l'adaptation, la complexité, l'interaction, l'interstice et le sens. Ce dernier semble être le pilier central tant au niveau individuel que collectif avec la question essentielle du « pourquoi » plutôt que du « quoi ».

⁶⁴⁷ Mignon S. *La pérennité, Graal de la compétitivité*, In *Le meilleur de la stratégie et du management*, sous la dir. Benghozi P.-J. Huet J.-M. Pearson éd. Coll. Village mondial, Paris, 2012, p. 60

⁶⁴⁸ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, pp. 139-145

⁶⁴⁹ Nous entendons par participativité un mode de gestion qui implique la participation active des protagonistes dans une action, une activité ou un projet

Il faut préciser que nous excluons de notre recherche les institutions dont la pérennité est assurée par l'État. Dans le domaine de la santé, une majorité d'organisations sont des établissements d'État qui sont en quelque sorte « passivement pérennes » puisque leur pérennité est en lien avec celle de l'État. Ces institutions ne présentent pas a priori des modèles organisationnels ou stratégiques de pérennité si ce n'est de rester dans le giron de l'État, autrement dit dans la dépendance de celui-ci.

2.2.1. Le caractère paradoxal de la pérennité

La pérennité se construit sur un paradoxe : rester le même et changer. En effet, pour durer, il est nécessaire de s'adapter, donc de changer et d'évoluer selon les contraintes internes et de l'environnement. Mais en même temps, il est nécessaire de garder son identité ce qui est paradoxal en regard de l'inévitable changement. L'identité organisationnelle apparaît comme un préalable indispensable qui se doit d'être fort ; avant de rester, il faut être. Rester le même et changer inscrit de fait une dynamique, autrement dit « quelque chose de vivant » : «... *toute entreprise est une entité vivante.* ⁶⁵⁰ » que A. de Géus nomme « persona » en référence aux théories de W. Stern. Il s'agit de considérer l'organisation comme une « *entité distincte, un minimonde possédant des valeurs et des expériences propres. La persona représente l'union du corps et de l'âme.* ⁶⁵¹ » D'ailleurs ne parle-t-on pas de personnalité juridique pour les entreprises ? Le fondement de la persona d'une entreprise, de son âme, ce sont ses valeurs, son projet, ses références, autrement dit sa philosophie. Les institutionnalistes en parleraient en qualité d'institution qui inscrit stabilité et durabilité. La philosophie et l'entreprise peuvent faire bon ménage, déjà Newton l'affirmait «... *elle (philosophie) s'accorde encore très bien avec l'esprit des affaires...* ⁶⁵² » et W. Ouchi reprend cette idée en affirmant que la philosophie de l'organisation est le fondement des entreprises Z et que « *la philosophie et les affaires sont les meilleures amies du monde.* ⁶⁵³ »

⁶⁵⁰ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 112

⁶⁵¹ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 120

⁶⁵² Newton, Lettres à Madame la Marquise de Chastelet In Voltaire, *Elément de philosophie de Newton*, 1738

⁶⁵³ Ouchi W. *Théorie Z*, InterEditions, Paris 1982, p. 140

Pérenniser revient donc à gérer ce paradoxe. « *L'équilibre entre changement et continuité apparaît comme un des points centraux de l'analyse de la pérennité.* ⁶⁵⁴ » Le paradoxe de la pérennité peut être posé d'une autre manière, à savoir, d'une part, qu'il n'existe aucune organisation éternelle mais que certaines mettent plus de temps pour mourir et, d'autre part, qu'une organisation qui change n'est peut-être plus la même organisation⁶⁵⁵. Ce deuxième paradoxe nous paraît moins pertinent. En tout état de cause, nous considérons, à l'instar de S. Mignon, qu'une organisation est pérenne si elle dure plus de 50 ans ⁶⁵⁶. Pour Getz et Carney «... *la durée de vie maximale de 99 % des grandes entreprises (qui) est de 40 ans.*⁶⁵⁷ » Pour P. Drucker «...*l'espérance de vie moyenne d'une entreprise performante ne dépasse pas trente ans et sans doute moins dans une ère aussi troublée que celle que nous connaissons.*⁶⁵⁸ »

Concernant la question du maintien identitaire : si une organisation change, conserve-t-elle son identité ? Nous pensons qu'elle ne change pas et préférons composer avec l'idée que l'identité se maintient malgré une évolution dans l'idée d'une transformation identitaire plutôt que celle de successions identitaires d'organisations. D'un côté, ce point de vue nous rapproche des théorisations psychanalytiques sur l'évolution des individus qui changent au cours de leur existence tout en gardant leur identité. D'un autre côté, cette manière nous permet en quelque sorte de dépasser ce paradoxe, s'il en est vraiment un. Par ailleurs il peut être plus utile de garder ce paradoxe et le gérer plutôt que de l'éliminer pour diminuer la complexité du sujet. Cette dialectique identité – changement peut également se concevoir de façon récursive et complémentaire dans le sens que les éléments identitaires déterminent, ou du moins inspirent, les choix stratégiques qui lui permettent en retour de conserver son identité.

Gérer le paradoxal, c'est entrer dans le champ de la complexité. En effet, pour suivre E. Morin, accepter le paradoxe plutôt que de le réduire, c'est composer avec le complexe, entrer dans le dialogique qui permet que plusieurs logiques soient reliées en une unité qui permet d'appréhender le complémentaire, le concurrent et l'antagonisme au profit d'un métapoint de vue qui pourrait être, dans notre cas, la pérennité. Cette dernière se

⁶⁵⁴ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris 2113, p. 15

⁶⁵⁵ Dumez H. *Identité, performance et pérennité organisationnelle*, Rev. Franç. Gestion, Vol. 35, N° 192, p. 91

⁶⁵⁶ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 14

⁶⁵⁷ Getz I. Carney B. M. *Liberté and Cie, Quand la liberté des salariés fait le succès des entreprises*, Champs Essais Flammarion, Paris, 2009, p.269

⁶⁵⁸ Drucker P. *L'avenir du management*, Ed. Village Mondial, Paris, 1999, p. 157

joue plutôt sur les interactions et leur organisation que sur un objet, autrement dit dans une dynamique. «... ce que l'ancienne physique concevait comme élément simple est organisation... l'interaction devient idée centrale dans la physique moderne. ⁶⁵⁹ » La gestion du complexe est devenue un enjeu, la complexité ne peut plus être ignorée. « Les vrais enjeux de l'organisation se situent maintenant dans le traitement de l'imprévu, dans la capacité d'innovation et dans l'exploitation de la richesse offerte par la complexité. ⁶⁶⁰ » La dimension interactive et dynamique nous semble être centrale pour gérer l'existant et faire face à l'imprévu.

Le paradoxe est également au cœur des théorisations de D. Winnicott sur le développement psychologique humain et répond précisément au besoin de ne pas réduire le paradoxe pour se différencier et grandir. Il pose ainsi ce paradoxe comme un composant nécessaire de la psychologie humaine et de son identité. « De ces considérations émerge l'idée que le paradoxe accepté pourrait avoir une valeur positive. ⁶⁶¹ » et que la résolution de celui-ci aboutirait à une organisation pathologique. Ainsi, loin de penser l'évolution et le paradoxe comme une succession d'identités, Winnicott considère l'individu et son identité dans une continuité évolutive. Garder l'aspect paradoxal renforce la possibilité d'une homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. « Plus fondamentalement, il s'agit de promouvoir une pensée paradoxale comme essence même de la pérennité. ⁶⁶² »

Si nous suivons cette hypothèse, il reste à ouvrir le champ des conditions nécessaires à cette pensée paradoxale, les espaces et les supports qui lui sont utiles ainsi que les références permettant, ou du moins, la favorisant. Comme en clinique, il faut un cadre théorique pour penser et rendre les phénomènes en jeu intelligibles ainsi qu'un cadre clinique pour soigner qui se traduit dans une réalité concrète et finalement les interactions qui s'y déroulent (relation). Si ce trépied est indispensable en clinique, il nous semble en aller de même dans le champ de la gestion, c'est dans ce sens que vont les théorisations de la complexité appliquées à la gestion⁶⁶³.

⁶⁵⁹ Morin E. *La méthode la nature de la nature*, vol. 1, Ed. du Seuil, Paris 1977, p. 94

⁶⁶⁰ Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, p. 216

⁶⁶¹ Winnicott D. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1975, p. 25

⁶⁶² Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris 2113, p. 24/25

⁶⁶³ Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001

La recherche de J. Collins et J. Porras sur les entreprises visionnaires bâties pour durer n'aborde pas cette thématique sous forme d'un paradoxe mais formule une autre proposition. Elle refuse la zone grise faite de compromis peu prometteurs au profit de positions antagonistes « intégrées » et complémentaires. «... *une entreprise hautement visionnaire ne souhaite pas mélanger le yin et le yang en un cercle gris et peu distinct, qui ne serait ni hautement yin, ni hautement yang ; elle tend à être distinctement yin et distinctement yang, les deux à la fois et tout en même temps.* ⁶⁶⁴ » De son côté P. Drucker va dans le même sens « *Ainsi, le changement et la continuité sont des pôles, non des contraires. Plus une institution s'organise pour être un leader du changement, et plus elle devra instaurer la continuité à l'intérieur et à l'extérieur, plus elle devra équilibrer changement rapide et continuité.* ⁶⁶⁵ » Ainsi, rejoignant en quelque sorte les théories de la complexité, ils proposent de sortir de la tyrannie du « ou... ou... » au profit du «... et... et... » pour promouvoir une interaction entre ce qu'ils nomment une idéologie de base et une impulsion progressiste, l'une et l'autre se dynamisant dans une interaction synergique. « *Cette interaction entre l'idéologie et le progrès est l'une des plus importantes thèses de notre travail.* ⁶⁶⁶ » C. Hampden-Turner va dans le même sens pour « *échapper à l'enfermement du binaire « soit-... soit », (à) apprendre à pratiquer le pouvoir médiateur du « et... et », (à) utiliser l'énergie de chacun en syn-ergie...⁶⁶⁷ » Ainsi conçue, cette dynamique dialogique du « et... et... » est une hybridation, une combinatoire qui, loin d'exclure, intègre continuité et changement, le formel et l'informel, le rationnel et l'intuitif. Cette dynamique nécessite des zones de rencontre, zones intermédiaires, interstitielles dont le projet global peut être considéré comme un « *objet frontière* ⁶⁶⁸ ». Nous pourrions considérer cette dynamique comme une tension permanente qui engendre une interrogation ou un doute productif s'il est cadré par le sens. Une dynamique doit trouver un équilibre pour être opérationnel et c'est l'enjeu principal : lequel et comment le maintenir comme sur une ligne de crête sans tomber d'un côté ou de l'autre tout en étant*

⁶⁶⁴ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p.78

⁶⁶⁵ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, p. 93

⁶⁶⁶ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p.132

⁶⁶⁷ Hampden-Turner C. *L'entreprise face à ses valeurs, cartographier les tensions et développer la synergie*, Les Editions d'organisation, Paris, 1992, p.13

⁶⁶⁸ Trompette P. Vinck D. *Retour sur la notion d'objet-frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol 4, N°1, 2010, pp 11-15

en contact avec l'un et l'autre. Ce point de vue nous amène à la dynamique entre tradition et innovation, leur relation dont le lien est affaire de sens.

2.2.2. L'articulation entre tradition et innovation

Avant d'aborder la question de l'innovation et de la tradition dans l'institution, il nous semble pertinent de préciser en quoi la Fondation de Nant a innové à sa création. Elle s'est créée en totale rupture avec l'environnement au moment de sa constitution. En 1943, le soin aux malades mentaux se faisait presque exclusivement dans de grandes, voire très grandes institutions qui comptaient plusieurs centaines, ou plusieurs milliers de patients. L'asile, fraîchement renommé hôpital psychiatrique en 1937, était alors le seul lieu de « traitement collectif » dans la tradition des asiles depuis le XIX^e siècle. Les principales ruptures instaurées par les fondateurs étaient de deux ordres : proposer une petite structure de vingt à trente patients et les accompagner individuellement dans une vie communautaire partagée dans laquelle chacun se connaît et est en lien. Cette stratégie va précisément à contresens de ce qui se pratique à ce moment. Ainsi, il y a une vraie rupture et une réelle innovation dans le soin aux malades mentaux. Relevons que s'il y a eu rupture pour la création de l'établissement, à partir de là, les innovations sont plus à mettre au compte d'évolutions dans une continuité que de ruptures. Compte tenu du succès immédiat, nous pouvons penser que les prestations proposées peuvent être considérées comme un vrai service correspondant à l'attente des « clients » qu'ils nommaient leurs « hôtes ».

Concernant l'innovation dans l'institution créée, si de prime abord il peut paraître paradoxal de mettre ensemble tradition et innovation, à voir de plus près, le paradoxe semble se dissiper. La tradition peut être définie comme la « *façon de faire, de penser, héritée du passé, dans un groupe social ou professionnel*⁶⁶⁹ » et l'innovation comme l'« *ensemble du processus qui se déroule depuis la naissance d'une idée jusqu'à sa matérialisation*⁶⁷⁰ ». En effet, ce serait plutôt en gardant des éléments stables (tradition) que les innovations seraient possibles, fortes de leur appui sur ces éléments plus traditionnels et stables. « *La force des entreprises pérennes est d'avoir su intérioriser des éléments de fiabilité, de stabilité tout en étant capables de préparer des changements de*

⁶⁶⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/tradition>, consulté le 13 novembre 2015

⁶⁷⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/innovation/43196>, consulté le 13 novembre 2015

grande ampleur. ⁶⁷¹ » Pour P. Picq, cette dynamique ne peut que se situer dans un processus évolutif, c'est-à-dire dans une évolution historique ⁶⁷². Dans le cadre de l'institutionnalisme, nous trouvons le même postulat : «... *en économisant des capacités cognitives pour l'ensemble des activités et transactions qui présentent un aspect routinier, elles permettent aux individus de se concentrer sur les situations inédites, opportunes ou problématiques...* ⁶⁷³ » Collins et Porras arrivent à la même conclusion sur les entreprises « *bâties pour durer* ⁶⁷⁴ » et en font la promotion à l'aide du symbole très connu du Yin et Yang comme métaphore des deux composants innovation – tradition : deux constituants d'une même entité qui cohabitent en synergie sans jamais se mélanger. Ces éléments stables sont la culture d'entreprise, les valeurs humaines, la fidélité du personnel et leur savoir-faire. « *C'est le savoir qui a remplacé le capital comme facteur rare de production et donc comme clé de la réussite économique... Ceux qui possèdent des connaissances et qui savent les appliquer... seraient les riches de notre société.* ⁶⁷⁵ »

P. Drucker partage cet avis : « *L'actif le plus précieux de l'institution du XXI^e siècle... sera ses travailleurs du savoir et leur productivité.* ⁶⁷⁶ » Pour lui, le défi avenir des pays développés sera de rendre productifs les travailleurs du savoir ce qui correspond au contraire la productivité du travail manuel. « *Le travailleur du savoir, lui, pour être productif, doit être considéré comme un capital.* ⁶⁷⁷ » Mais il précise également que ces travailleurs du savoir pratiquent en même temps du travail manuel ce qui en fait des « *technologues* » selon le terme de Drucker.

Les hommes avec leur savoir et savoir-faire (technologues) sont un facteur clé mais il faut y coupler la capacité à apprendre, le savoir comme le savoir-faire est très évolutif. « *Une entreprise qui réussit est une entreprise qui sait apprendre.* ⁶⁷⁸ » Rappelons qu'à cet égard, la rétention des personnels et de leur savoir au-dessous de 10 % par année est un des

⁶⁷¹ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris 2113, p. 17

⁶⁷² Picq P. *Un paléoanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011

⁶⁷³ Bazzoli L. Dutraive V. L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons, *Economie et Institutions*, N°1 – 2^{ème} semestre 2002, p. 27

⁶⁷⁴ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996

⁶⁷⁵ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 30-31

⁶⁷⁶ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, p.133

⁶⁷⁷ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, p.143

⁶⁷⁸ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 34

critères du fameux label « *Magnet Hospital*⁶⁷⁹ ». Autrement dit, ce sont les éléments de stabilité qui contribuent au changement et soutiennent l'innovation.

Dans les éléments de stabilité ou de « tradition », la question des valeurs, ou pour une institution sanitaire, sa philosophie des soins joue un rôle prépondérant en tant que base, ou socle, sur lequel l'innovation peut s'appuyer. « *L'idéologie de base rend possible le progrès en lui assurant une base de continuité autour de laquelle une entreprise visionnaire peut évoluer, faire des expériences et changer.* ⁶⁸⁰ » Si ce constat se fait dans les grandes « entreprises visionnaires », O. Gélienier fait le même constat dans les entreprises familiales ou moyennes entreprises patrimoniales (MEP) dans lesquels il existe une philosophie familiale⁶⁸¹. À cet égard, notons que certaines entreprises japonaises ont trouvé une parade pour maintenir l'entreprise dans les mains de la famille et pérenniser leur philosophie : « *Les entreprises familiales au Japon ont trouvé de longue date une solution à ce problème : elles nomment un nouveau président-directeur général qui ne fait pas partie de la famille et l'adoptent légalement.* ⁶⁸² » N. Conrad, secrétaire générale de « *Relève PME* »⁶⁸³ relève que « *les entreprises familiales résistent mieux en temps de crise parce qu'elles sont construites sur des valeurs.* ⁶⁸⁴ » Elle souligne également que les consommateurs préfèrent les produits d'une organisation ancienne et locale à ceux des multinationales parce qu'ils véhiculent une image de sérieux et de savoir-faire.

L'idéologie ou la philosophie (valeurs) partagée par les collaborateurs contribue à leur sentiment d'appartenance à l'entreprise et fortement à la cohésion de l'organisation ce qui est un facteur de résistance et de prospérité. « *La cohésion est la force... nos études de cas ont révélé, encore et encore, que l'attachement du personnel à l'entreprise est une condition indispensable de survie et d'adaptation. Les entreprises prospères semblent maintenir une forte cohésion à tous les niveaux.* ⁶⁸⁵ » De plus, la structure, les mécanismes de contrôle et les « routines » donnent confiance et offrent un cadre structurant

⁶⁷⁹ <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx>

⁶⁸⁰ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p.132

⁶⁸¹ Gélienier O. *La réussite des entreprises familiales, Les moyennes entreprises patrimoniales, un atout pour l'avenir*, Maxima, Paris 1996, p.142

⁶⁸² Castillo A. *Transmettre son affaire familiale*, Le Temps, 13 mai 2016 p. 19

⁶⁸³ <http://www.relevepme.ch> consulté le 14 mai 2016

⁶⁸⁴ Castillo A. *Transmettre son affaire familiale*, Le Temps, 13 mai 2016 p. 19

⁶⁸⁵ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 146

permettant l'expérimentation et l'innovation avec une certaine tranquillité. Un cadre, comme en thérapie, libère et permet l'expérimentation de par sa fiabilité, plus qu'il ne contraint.

Les quatre caractéristiques des entreprises pérennes sont la sensibilité à l'environnement, la décentralisation, la prudence financière et la cohésion⁶⁸⁶, cette dernière va de pair avec une identité affirmée. Elle est le fruit d'un processus complexe qui tient autant du projet, de la philosophie et valeurs de l'institution que de l'appropriation de ceux-ci par les collaborateurs. Nous pouvons faire un parallèle avec les recherches de M. Monceau⁶⁸⁷ qui montrent que les équipes soignantes faisant preuve de grande cohésion sont celles qui résistent le mieux aux violences. Probablement qu'il en va de la même dynamique pour résister et composer avec les évolutions de l'environnement qui peuvent prendre parfois des allures de violence. « *Les entreprises prospères semblent maintenir une forte cohésion à tous les niveaux... la cohésion est la force.* ⁶⁸⁸ »

Ces éléments de cohésion et de stabilité s'inscrivent dans l'histoire de l'organisation et y jouent un rôle significatif. En effet, la pérennité organisationnelle peut aussi se concevoir comme une continuité narrative dans laquelle l'histoire apporte un fil conducteur donnant du sens. « *Ce n'est pas une conservation d'invariants structurels, mais une continuité de sens : l'histoire de l'organisation, à travers les tours et détours narratifs, peut (ou peut ne pas) continuer à faire sens.* ⁶⁸⁹ » Le sens apparaît comme un vecteur de pérennité pour favoriser la cohérence entre paroles et actes. La question du sens, c'est se demander pourquoi est-on ensemble ? Et le sens permet cette articulation dynamique entre stabilité et innovation : à quel moment je change, ou pas, et pourquoi. Pour travailler le sens, la connaissance de l'histoire a son importance, elle participe à la création et au maintien du sens et de l'identité qui « *est le produit du temps.* ⁶⁹⁰ » Il s'agit d'une perspective qui enracine le sens ou permet d'en donner un à l'actualité. Le sens a ses propres vecteurs tels que le discours, la parole et l'espace nécessaire à leur déploiement, nous y reviendrons. De plus, le sens puisé dans l'histoire peut faciliter l'innovation.

⁶⁸⁶ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 15-19

⁶⁸⁷ Monceau M. *Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité*, G. Morin éd. Paris, 1999, p. 98-99

⁶⁸⁸ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 146

⁶⁸⁹ Lorino P. In Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris 2113, p. 9

⁶⁹⁰ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 18

« *L'exploitation, la capitalisation de connaissances passées, combinées à un processus d'exploration et d'expérimentation de voies nouvelles, permettent à une organisation de surmonter les forces inertielles de son passé et de s'engager sur le chemin de l'évolution menant à la longévité.*⁶⁹¹ »

Tradition et innovation posent la question de l'adaptation. En effet, l'innovation en soi n'a pas beaucoup de sens si ce n'est pour s'adapter, adapter son organisation à un environnement évoluant, ses services à une clientèle changeante ou encore à ses produits aux besoins évoluant. Deux visions opposées abordent les changements organisationnels, l'une «... *déterministe selon lequel l'évolution serait le fruit d'une sélection par le marché et une vision intentionnaliste selon laquelle l'organisation serait à même de se transformer en vue d'une adaptation, voire d'une pro-action sur son environnement.* ⁶⁹² » Les entreprises pérennes seraient celles qui se montrent capables d'opérer des changements ce qui rejoindrait la vision intentionnaliste. Il reste à voir quels objets ne doivent pas être modifiés et sur lesquels les changements doivent s'opérer.

Les recherches de Mignon, de Collins ou de Gélinier montrent que les éléments qui ne doivent pas changer sont notamment « *l'idéologie intrinsèque* », les valeurs, la philosophie de base ou encore la qualité. « *Si une entreprise entend faire face aux défis d'un monde en constante évolution, elle doit être prête à changer tout ce qui la concerne hormis ses convictions fondamentales et ce tout au long de son existence.* ⁶⁹³ » Cette « idéologie intrinsèque » peut également être conçue comme une institution au sens des institutionnalistes. Si une institution participe à la continuité, elle peut aussi s'échafauder en frein aux changements et innovations. «... *l'inertie du changement institutionnel est notamment le fait de contraintes informelles, à savoir les normes sociales et plus largement ce qu'il (North) nomme l'« idéologie » c'est-à-dire un système de croyance... les contraintes informelles ont une évolution nécessairement lente.* ⁶⁹⁴ » Ce constat s'est vérifié à plusieurs reprises dans l'histoire de la Fondation de Nant. Il y a donc encore une fois un équilibre, une dynamique entre tradition et innovation, à trouver pour rester sur la ligne de crête qui permet de changer en maintenant ce qui doit l'être et qui est porteur du changement.

⁶⁹¹ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 18

⁶⁹² Mignon S. *Concurrence, sélection et pérennité des organisations : un processus inter et intra organisationnel*, In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999, p. 128

⁶⁹³ Watson T.J. cité In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999, p. 134

⁶⁹⁴ Hédoïn C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127> sp. 9

Adaptations et innovations sont à la clé de la pérennité. Elles peuvent être le pari des responsables mais ce ne sont pas seulement aux dirigeants que reviennent ces tâches d'innovation et d'adaptation. En effet, il semble que les entreprises pérennes soient capables de capter et de valider les innovations et les adaptations de l'ensemble des collaborateurs. Aux dirigeants revient la charge de stimuler cette possibilité d'innovation et d'adaptation, notamment en décentralisant certaines prises de décisions. Pour le stimuler, il semble que les entreprises pérennes réussissent à mettre directement en contact leurs collaborateurs avec les demandes évolutives de l'environnement. « *Les entreprises pérennes sont celles qui reproduisent en interne les pressions de l'environnement externe.* ⁶⁹⁵ » Ainsi, le lien avec l'environnement n'est pas l'apanage des dirigeants mais une tâche partagée qui se décline à tous les niveaux et ce lien est un élément qui ne doit pas changer. Ce lien appelle un mode de gestion décentralisée pour le permettre à l'ensemble des collaborateurs pour renforcer leur capacité à capter les changements et instaurer les innovations et changements nécessaires. « *L'art de diriger... consiste avant tout à créer un contexte dans lequel les différents membres de la communauté pourront contribuer à leur niveau à cette œuvre collective.* ⁶⁹⁶ » Dans leur recherche sur « *l'adaptation des structures de l'entreprise* ⁶⁹⁷ », P. Lawrence et J. Lorsch avaient déjà abordé le sujet en opposant intégration et différenciation. La différenciation est définie comme « *l'état de segmentation de l'organisation en sous-systèmes pour développer des caractéristiques particulières en fonction des demandes de l'environnement spécifique...* ⁶⁹⁸ » La différenciation est nécessaire dans un environnement incertain, complexe ou turbulent, ce qui est souvent le cas en psychiatrie, et de plus en plus de manière générale compte tenu l'accélération sociale actuelle. Ceci va de pair avec une faible formalisation de la structure. Ces auteurs prédisent que les organisations les plus performantes à l'avenir seront celles qui joueront le mieux entre intégration et différenciation et dans lesquelles

⁶⁹⁵ Mignon S. *Concurrence, sélection et pérennité des organisations : un processus inter et intra organisationnel*, In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999, p. 136

⁶⁹⁶ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 212

⁶⁹⁷ Lawrence P. Lorsch J. *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, deuxième tirage, 1994

⁶⁹⁸ Rojot J. *Théorie des organisations*, éd. ESKA, Paris 2005, p. 114

« le partage du pouvoir sera plus fondamental que jamais pour la santé de l'organisation...
699 »

Nous pensons utile de faire un petit détour au sujet de la décentralisation qui est une invention du XXe siècle. A. de Geus avance que les dirigeants du XVII^{ème}, XVIII^{ème} et XIX^e siècle auraient appelé cette attitude « tolérance » et que ceux-ci pouvaient se montrer très compréhensifs à l'égard des activités faites à la périphérie pour autant que celles-ci respectent la cohésion de l'ensemble. Il relève que les entreprises de grande longévité font preuve de tolérance «... nous avons constaté que les entreprises qui duraient évitaient généralement d'exercer un quelconque contrôle centralisé sur des projets de diversifications.⁷⁰⁰ » La tolérance ne peut s'exercer sans nouer et entretenir des rapports de confiance qui permettent d'augmenter les libertés des collaborateurs et donc leur créativité. « À la fois confiance en soi et confiance en l'autre, elle est la capacité à dépasser notre propre peur et la peur de l'autre pour donner ensemble un sens aux événements incertains qui nous assaillent ; elle est la capacité à écouter l'autre et à s'engager avec lui dans la construction risquée d'un chemin dont personne n'a déterminé à l'avance la destination. ⁷⁰¹ » Cette attitude semble particulièrement adaptée dans un environnement complexe qui est par définition incertain. L'expérience de B. Martin pour redresser une entreprise grâce à la relation de confiance témoignée aux personnels en est un brillant exemple. « La confiance appelle la confiance comme la méfiance appelle la méfiance. La confiance libère l'énergie⁷⁰². »

Le lien passif avec l'environnement n'est pas en soi un facteur d'adaptation ou un stimulant à l'innovation. L'organisation doit pouvoir jauger son positionnement dans l'environnement dans une position proactive pour savoir comment s'y adapter, elle « doit avoir conscience de sa position vis-à-vis du reste du monde.⁷⁰³ » C'est ce que William Stern a nommé l'« introception ⁷⁰⁴ » qui représente le troisième niveau d'interaction avec

⁶⁹⁹ Lawrence P. Lorsch J. *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, deuxième tirage, 1994, p. 221

⁷⁰⁰ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 16

⁷⁰¹ Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, p. 204

⁷⁰² Martin B. Lenhardt V. Jarrosson B. *Osez la confiance* INSEP consulting Ed. Paris, 1996, p. 126

⁷⁰³ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 127

⁷⁰⁴ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 128-9

l'environnement. Après le rapport biologique (par ex. se nourrir) et les rencontres directes, il y a ce troisième niveau représenté par les valeurs et les croyances. De ce point de vue, la question est la relation et la bonne articulation entre son système de valeurs et celui de l'environnement. Autrement dit, évoluer et innover en lien avec le contexte en gardant ses valeurs initiales.

Le lien avec l'environnement est une forme d'interaction à l'instar de ce qui est souhaité entre les membres de l'organisation. Être ouvert sur l'extérieur, c'est être actif. Dans cette perspective, nous trouvons un double mouvement qui, d'une part, capte ce qui vient de l'environnement et d'autre part, et en même temps, influence cet environnement par ce que l'organisation peut y apporter. C'est dans ce lien et cette interaction que l'organisation apprend et s'adapte. «... *l'entreprise qui veut survivre et prospérer dans un monde instable a tout d'abord besoin d'une direction sensible au monde qui l'entoure. Cette attitude d'attention et d'ouverture pourrait même se traduire, chez certains dirigeants, par une participation active à leur milieu social.* ⁷⁰⁵ »

Le paradoxe non résolu et la synergie tradition - innovation nous conduisent à la question du sens. En effet, le sens peut être considéré comme l'élément intégrateur qui va guider l'action. Il transcende le paradoxe et la tension entre tradition et innovation pour donner une direction en lien avec l'identité organisationnelle et ses valeurs. En cela, il comprend une dimension stratégique. «... *la création de sens est au cœur du paradoxe de la pérennité, car elle s'appuie comme elle sur une articulation entre structure porteuse de stabilisation et l'émergence de configuration innovantes.* ⁷⁰⁶ » Le sens s'inscrit également dans une dynamique, il n'existe pas en soi mais se travaille, se transmet et se cultive dans des espaces dédiés.

2.2.3. La conjugaison du sens et des espaces

Le sens répond à la question du pourquoi. Pourquoi sommes-nous ensemble ? Le premier sens est probablement le sens intrinsèque d'une organisation au-delà de sa spécificité. Pour A. de Géus « *Les entreprises meurent parce que leurs dirigeants concentrent leurs efforts sur l'activité foncièrement économique qui consiste à produire des biens et des services, et oublient que la vraie nature de leur organisation est d'être une communauté*

⁷⁰⁵ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 37

⁷⁰⁶ Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 30

humaine.⁷⁰⁷ » J. Collins et J. Porras sont catégoriques sur le sujet : « *Nos recherches ont démontré qu'un élément fondamental dans « l'horloge » d'une entreprise visionnaire est une idéologie intrinsèque – des valeurs et un sens de sa mission au-delà du simple rendement financier – qui guide et inspire les hommes du haut en bas de l'organisation et demeure relativement fixe pendant de longues périodes.* ⁷⁰⁸ » C'est le sens qui permet l'action mais ce sens ne peut être importé sans autre forme de procès, il doit être incarné, c'est-à-dire approprié par les acteurs. Leur recherche met en évidence l'idéologie de plusieurs grandes entreprises qu'ils qualifient de visionnaires et dont une des caractéristiques principales est de s'appuyer sur une « *idéologie intrinsèque* », pour reprendre leur terme, qui donne sens et conditionne la stratégie. Ce serait l'idéologie qui donnerait du sens à l'entreprise et à l'action de ses collaborateurs. « *L'essentiel est de croire en quelque chose...* » affirmait Steve Jobs dans son fameux discours à l'université de Stanford en 2005. Ce positionnement va dans le sens de ce que C. Voynnet Fourboul a mis en évidence dans « *la spiritualité des dirigeants en situation de passage de leadership* ⁷⁰⁹ » : « *... les dirigeants considérant leur travail comme un moyen d'avancer spirituellement conduisent l'organisation à de meilleurs niveaux de performance.* ⁷¹⁰ » C'est précisément ce qu'on fait les fondateurs en créant l'institution et en la dirigeant jusqu'à la médicalisation de celle-ci. Les difficultés liées à la succession du Dr D'Eggis montrent ce processus. Il a fallu attendre la venue du Dr Miéville pour retrouver du sens avec une véritable philosophie des soins et retrouver un excellent niveau de fonctionnement.

C'est à partir de cette idée de sens donné à une organisation que Mintzberg propose un type spécifique d'organisation qu'il appelle « *missionnaire* »⁷¹¹. La mission, les valeurs et les croyances sont profondément enracinées dans l'organisation. Cette idéologie donne une cohérence et peut être « *si forte que toute sa structure se construit autour d'elle*⁷¹² » et

⁷⁰⁷ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 12

⁷⁰⁸ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p.84

⁷⁰⁹ Voynnet Fourboul C. *La spiritualité des dirigeants en situation de passage de leadership*, Management & avenir, 2011/8 (n°48), p. 202.220

⁷¹⁰ Voynnet Fourboul C. *La spiritualité des dirigeants en situation de passage de leadership*, Management & avenir, 2011/8 (n°48), p. 204

⁷¹¹ Mintzberg H. *Le management, voyage au centre des organisations*, éd. D'Organisation, Paris, 3^{ème} éd. 2004, p.389

⁷¹² Mintzberg H. op. cit., p. 390

remplace les standards et procédures. Ce type d'organisation met le sens de sa mission comme point d'ancrage et se développe à travers des traditions et des mythes. Ainsi, les collaborateurs s'identifient à l'organisation et font preuve de loyauté à son égard.

Cette idéologie apparaît comme un préalable au sens et naît souvent des fondateurs d'entreprises qui font la démonstration de son déploiement dans les faits. Nous trouvons précisément ce cas de figure à Nant avec les fondateurs qui ont concrétisé leur « *idéologie intrinsèque* », leur « *intentionnalité* », dans la création de l'institution et par la suite, l'incarnation de cette idéologie s'est faite notamment à travers leur fils infirmier, Jean Claude Monney, qui a montré très concrètement, par son implication et son exemple, comment faire à la génération suivante. « *dans la quasi-totalité des cas, nous avons trouvé des preuves d'une idéologie intrinsèque qui n'était pas que des paroles mais bien une force vitale pour la formation d'entreprise.* ⁷¹³ » Cette force vitale tirée du sens de l'action peut être apparentée à « *la notion d'intentionnalité* » développée par C. Schmitt : « *L'objet de gestion apparaît comme étant emprunt d'intentionnalité pour l'action présente et avenir. Par voie de conséquence, la seconde caractéristique renvoie à la notion de problématisation, laquelle consiste à donner un sens aux idées portées par les managers afin de relier le futur et le présent.* ⁷¹⁴ » Ainsi, « *Le manager crée donc un écosystème que l'on peut appeler situation de gestion.* ⁷¹⁵ » Pour J. Collins et J. Porras, l'idéologie est faite de deux composants : les valeurs de base et le sens de la mission. Ils retracent l'idéologie de plusieurs grandes entreprises : la préservation et l'amélioration de la vie humaine, l'apport d'une contribution à la société, l'allègement de la souffrance et la maladie, la contribution à l'art de guérir et ainsi de suite. Mais ces entreprises « *ne sont pas purement idéalistes ; pas plus qu'elles ne sont purement pragmatiques. Elles sont les deux.* ⁷¹⁶ » Autrement dit, cette idéologie trouve sa traduction dans la réalité quotidienne. Cette même dynamique se retrouve une fois encore dans les entreprises familiales⁷¹⁷.

⁷¹³ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p. 82

⁷¹⁴ Schmitt C. Les situations de gestion : entre intentionnalité et problématisation, *Projectique*, 2017/2, N° 17, p. 16

⁷¹⁵ Schmitt C. Les situations de gestion : entre intentionnalité et problématisation, *Projectique*, 2017/2, N° 17, p. 17

⁷¹⁶ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p. 78 et 102

⁷¹⁷ Gélinier O. *La réussite des entreprises familiales, Les moyennes entreprises patrimoniales, un atout pour l'avenir*, Maxima, Paris 1996

Si cette idéologie qui contribue à définir le sens, s'amorce avec son fondateur, elle ne se contente pas d'une intention mais doit trouver son déploiement concret et ainsi montrer son intégration dans le réel. Le sens se construit par des actions concrètes : par exemple des actes ou des choix et des espaces permettant de transmettre ce sens. Le sens doit être compris et intégré par les collaborateurs ; ainsi, pour ce faire il doit être vivant et remis constamment sur le métier, il se cultive avec divers supports : espaces d'échanges, de formation, formalisation par charte ou « credo » comme le nomment certaines entreprises ou encore par des récits, même anecdotiques, et par intérêt pour l'histoire institutionnelle. Ainsi pour Weick il existe une structuration qui est composée d'un double aspect : les interactions et leur cadre. Les interactions sont plutôt d'ordre informel : elles « *consiste (nt) en des mécanismes d'interactions qui permettent le partage des interprétations et la stabilisation du sens.* ⁷¹⁸ » L'autre aspect est fait du cadre comprenant espaces, règles, références et procédures. Ainsi, « *cadre et sens peuvent être reliés par des rétroactions positives.* » Le cadre se construit en vertu des interactions souhaitées, elles-mêmes découlant de la philosophie de l'organisation. Nous retrouvons précisément là la même dynamique qu'en clinique entre cadre et interactions (homologie), nous y reviendrons.

À ces espaces s'ajoutent des acteurs pivots, faisant preuve à la fois de souplesse et de fermeté, porteurs de sens et de la volonté d'assurer la pérennité, capables d'aptitudes à contenir les difficultés momentanées et leur donner du sens. C'est pourquoi « *bien d'avantage qu'une structure d'autorité, l'organisation est pour Weick un tissu d'interactions que le manager est en mesure de façonner en même temps qu'il lui échappe.* ⁷¹⁹ » Gérer, c'est « *créer un contexte* ⁷²⁰ » affirme A. de Geus. Travailler sur le sens éloigne les responsables de la logique de maîtrise au profit de celle du leadership qui laisse une part de liberté et d'improvisation aux acteurs ce qui appelle à construire et entretenir des relations de confiance, élément qui revient récursivement dans les études sur la pérennité, la

⁷¹⁸ Vidaillet B. *Karl Weick, un autre regard sur les organisations*, In Weick K. *Le sens de l'action*, Vuibert, Paris, 2003, p. 31

⁷¹⁹ Vidaillet B. *Karl Weick, un autre regard sur les organisations*, In Weick K. *Le sens de l'action*, Vuibert, Paris, 2003, p. 25

⁷²⁰ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 212

performance⁷²¹, le changement organisationnel⁷²² ou le management de la complexité⁷²³. La confiance est un engagement, donc un processus actif, qui débute par celui des dirigeants. La confiance se construit dans la relation, le lien et ne s'appuie aucunement sur une procédure quelconque, elle est plutôt l'émergence des espaces relationnels interstitiels. « *Il (C. Feltman) définit quatre comportements qui constituent les piliers de la confiance : la sincérité, la fiabilité, la compétence et le souci des autres : Ce sont des qualités individuelles qui permettent la confiance.*⁷²⁴ »

Le sens se cultive entre références et interactions. « *La capacité des organisations à assurer un fort couplage entre ces deux éléments pourrait expliquer leur pérennité.*⁷²⁵ » Pour certains les règles, découlant de la philosophie, apportent une contribution importante à la création d'un cadre de référence sur lequel les collaborateurs s'appuieront pour donner du sens à leur action individuelle et collective. « *Création de sens et création de règles seraient ainsi intimement liées.*⁷²⁶ » Il existe une boucle récursive entre la dimension de stabilité des règles et de la structure qui apporte de la fiabilité et de la résistance face aux fluctuations et agressions de l'environnement et la dimension du sens qu'elle induit et qui est un facteur de pérennité. « *Cette création de sens est donc à son tour source de pérennité.*⁷²⁷ »

Au-delà de ces espaces institués, les espaces informels, le fameux « slack » de J. March, jouent un rôle prépondérant, nous y reviendrons. Ces autres espaces d'interactions semblent essentiels à la pensée complexe et paradoxale ainsi qu'à la créativité nécessaire à la poursuite et à l'adaptation des activités. Ainsi, beaucoup se joue dans les relations humaines qu'il est possible d'établir et d'entretenir dans l'établissement de manière formelle et informelle. C'est de cette manière également, dans un partage régulier que le sens peut se transformer, s'adapter aux nouvelles configurations internes ou de l'environnement. Le discours et la parole sont nécessaires et indispensables à cet effet et

⁷²¹ Ouchi W. *Théorie Z, Faire face au défi japonais*, InterEdition, Paris, 1982

⁷²² Martin B. Lenhardt V. Jarrosson B. *Osez la confiance* INSEP consulting Ed. Paris, 1996

⁷²³ Genlot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, 357 p.

⁷²⁴ Dupuy F. *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 171

⁷²⁵ Averseng C. In Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 118

⁷²⁶ Averseng C. In Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 120

⁷²⁷ Averseng C. In Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 110

nécessitent, outre les espaces d'échanges, un cadre de référence. Ainsi, nous revenons à la philosophie des soins, cadre et soutien de la pensée.

En dehors des espaces formels, la liberté d'expression est beaucoup plus facile et large ce qui accroît la qualité des échanges et les possibilités d'élaboration. Propos et moments moins formalisés laissent apparaître ce qui n'est pas dicible dans les espaces formels et permet de capter ce qui ne peut l'être dans les espaces formels. Cela concerne autant les sujets abordés que les manières de les penser et les comprendre ce qui permet d'envisager des possibles impensables ailleurs. Cet élargissement de la pensée participe au processus de transformation, par exemple, revoir une situation inédite et trouver de nouvelles manières de faire, comprendre et oser donner du sens à une situation nouvelle. Ces espaces sont également propices aux échanges informels qui permettent de « prendre la température » et mieux situer les collaborateurs ou appréhender une situation ou un événement. Favoriser ce type d'échanges, promouvoir ce type de lien fait partie de la culture institutionnelle dans le sens que c'est institué comme un possible, même s'il n'est formalisé dans aucun organigramme. Il s'agit de l'interstitiel – que nous développerons plus loin – qu'il semble indispensable de favoriser, par exemple, par accès direct aux responsables et par des attitudes bienveillantes de ceux-ci, par le passage régulier de ces derniers dans les unités sans objectif précis, et également par possibilités pour les collaborateurs entre eux de se rencontrer de cette même manière informelle. Les espaces bien connus « post rencontres officielles » sont également propices à ce type d'échanges.

Pour W. Ouchi, le secret de la réussite de certaines entreprises japonaises réside dans la culture d'entreprise dont sa philosophie est primordiale et s'inscrit dans espaces d'échanges institués. « *La culture d'entreprise consiste en un ensemble de symboles, de cérémonies et de mythes permettant de transmettre aux employés les valeurs et convictions intrinsèques de l'entreprise.*⁷²⁸ » Il s'agit bien d'une question de sens qui se partage et se transmet. Il évoque les anecdotes répétées de l'entreprise comme excellent vecteur de la transmission des valeurs. L'histoire institutionnelle dans laquelle elles sont puisées prend toute son importance. « *De nombreuses entreprises s'intéressent depuis quelques années à une reconstitution précise de leur histoire, au point d'embaucher parfois des historiens pour faire ce travail en profondeur. Les responsables ont pris conscience en effet du rôle essentiel*

⁷²⁸ Ouchi W. *Théorie Z*, InterEditions, Paris 1982, p. 52

*de l'histoire et de la culture d'un groupe social dans l'explication de ses comportements. La culture d'une entreprise est un paramètre majeur de son management.*⁷²⁹ »

Le besoin de sens est constant mais il semble doublement primordial dans un environnement complexe : au quotidien pour que le sens reste incarné mais plus particulièrement si un événement majeur se produit. En effet, l'impact de celui-ci peut remettre en question le sens et créer de l'équivocité qui, potentiellement, peut diminuer la cohérence organisationnelle et sa performance. Dans ces circonstances, il est important de retrouver du sens ce qui correspond à donner un sens commun à l'événement majeur. C'est un travail de transformation, de métabolisation que nous pourrions apparenter au travail psychothérapeutique ou soignant, qui tend à donner du sens au différents éprouvés. Les circonstances comme les affects deviennent intelligibles, autrement dit sensés. Ainsi, plus surviennent d'événements ou plus l'environnement se complexifie, plus le besoin de sens est important. Le sens se travaille dans un second temps, il est a posteriori et subjectif même s'il peut être partagé collectivement et devenir un sens commun. C'est l'individu qui donne le sens, les événements n'ont pas de sens en soi. Avant qu'il ne devienne collectif, il s'agit d'une construction d'abord individuelle. « *L'entreprise doit devenir un lieu de construction de sens, de finalités partagées, où chacun peut à la fois développer son autonomie personnelle et contribuer au projet collectif.* »⁷³⁰ Partant de ce constat, l'organisation a besoin d'espaces formels et informels pour soutenir cette construction continue de sens. Le sens est un liant, un entre-deux reliant, « objet frontière » et interstitiel.

Le sens individuel tend à devenir collectif par les interactions entre les collaborateurs. Ces interactions se développent dans les espaces formels et informels que l'organisation permet et facilite. L'élément important, favorisant ce passage de l'individuel au collectif, est un cadre de référence commun (valeurs et philosophie de soins). D'une part, ce cadre commun de référence permet de donner du sens individuellement et d'autre part, de donner un sens partagé, donc collectif. Par exemple, la définition d'une charte, d'un « credo » ou d'une philosophie de soins favorise la cohérence par une lecture et une compréhension commune à travers cette même référence partagée. Il ne s'agit pas de la pensée unique mais d'une cohérence de pensée dans laquelle on parle la même langue.

⁷²⁹ Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, p. 56

⁷³⁰ Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, p. 207

Rappelons que la philosophie de soins agit comme une stratégie que chaque acteur s'approprie et non comme une directive à respecter. Il s'agit d'une pratique bien connue en clinique où la définition d'un cadre théorique contribue indéniablement à la cohérence clinique en évitant les contradictions dues aux références à des cadres conceptuels différents. Cette référence partagée contribue à la cohérence des actions des intervenants, donc à la qualité des services fournis.

Weick propose une synthèse en sept caractéristiques de la construction de sens. Il relève la dimension subjective et collective de la création de sens avec une référence au passé ainsi que l'incomplétude et la relative exactitude du sens. Il est résumé dans le tableau suivant ⁷³¹:

Tableau 4 : les processus de la construction du sens

Processus initié par un « donneur de sens »	Il n'y a pas de création de sens sans un acteur, un « donneur de sens ». La création de sens est donc subjective.
Processus de re-construction rétrospective	Toute perception fait appel à la mémoire : toute représentation s'inscrit donc dans le passé.
Processus « d'enactment »	L'action et l'activité cognitive sont indissociables. L'acteur et son environnement s'influencent mutuellement.
Processus social	Rôle clé des interactions entre les individus dans le processus de création de sens.
Processus « en cours »	Il est impossible d'identifier clairement le commencement et la fin du processus de création de sens.
Processus sélectif	Une représentation du réel sera incomplète.
Processus non exhaustif	L'exactitude est secondaire. Ce qui compte, c'est la plausibilité de la représentation, son utilité à un moment donné.

Le sens, ainsi séquencé, c'est-à-dire instauré et porté par une personne, inscrit dans une histoire qui se révèle dans une cohérence entre pensée et action sans exactitude complète mais comme perception de sens, rejoint précisément l'histoire de la Fondation et la démarche psychothérapeutique psychanalytique. L'homologie nous semble évidente et très porteuse pour le faire-ensemble.

2.2.4. Anticipation et passage de témoins

Les premières vingt années de l'institution n'ont pas vraiment profité d'une politique d'anticipation, les fondateurs étant convaincus de l'aide indéfectible de Dieu dans leur projet. Ils ont géré leur établissement au jour le jour avec une extrême prudence

⁷³¹ Averseng C. In Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, p. 113

financière. À notre avis, la réelle première anticipation a été la création de la Fondation en 1961 pour assurer la pérennité de l'institution. Nous pouvons probablement mettre dans le même panier de l'anticipation pour assurer la survie de l'établissement, le mandat pris d'hôpital de secteur pour garantir sa pérennité. Le mandat de secteur s'inscrit dans cette suite. Mais l'instauration d'une réelle politique d'anticipation s'est construite avec l'arrivée de D. Mayer qui a rapidement posé la question du futur de l'institution tout en s'intéressant à son passé et son actualité : « *D'où venons-nous, où en sommes-nous et où voulons-nous aller ?* » a-t-il souvent répété. Il a commandité le premier positionnement stratégique en 1996 pour y voir plus clair dans les investissements futurs tant cliniques que gestionnaires. Ce positionnement stratégique sera régulièrement mis à jour et dernièrement avec la cartographie sanitaire (2012).

Les successions devraient assurer une continuité, levier de pérennité. Elles sont de plusieurs ordres : celle du projet, des compétences et celle de la direction, d'un dirigeant d'une génération à l'autre. Il existe là un point sensible et très stratégique qui mérite que nous nous y arrêtions. La pérennité est polysémique d'après S. Mignon qui en a élaboré une typologie dont les deux types principaux seraient la pérennité du pouvoir et celle du projet⁷³². La pérennité du pouvoir se divise en deux sous catégories : celle des dirigeants de l'entreprise et celle du contrôle, assuré par le capital pour qu'il reste entre les mains d'une même famille ou d'un groupe d'actionnaires. Il faut préciser aux propositions de Mignon le passage des savoirs et des compétences, que l'on peut inclure dans le projet, autre forme de succession en quelque sorte, qui sont un des enjeux majeurs de la pérennité organisationnelle. « *Quelque part pendant le XX^e siècle, les pays occidentaux sont passés de l'âge du capital à celui du savoir.*⁷³³ »

Sans entrer dans les aspects juridiques, financiers ou encore fiscaux, le talon d'Achille semble surtout lié au passage de témoin des directions. C'est une étape cruciale pour le dirigeant sortant parce qu'elle soulève beaucoup d'affects étroitement liés à la mort. « *Cette rupture est d'autant plus dure à surmonter qu'elle conduit à une prise de conscience que la mort sociale et biologique est proche.*⁷³⁴ » C'est probablement un des éléments principaux pour lequel ce passage est délicat et peut poser de nombreux problèmes à

⁷³² Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 11-43

⁷³³ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 30

⁷³⁴ Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 17

chacun, «... *la transmission du pouvoir suprême est tout le contraire d'un acte naturel ou spontané...* ⁷³⁵ » Entre rupture et tentative de rester, la voie du renoncement semble préférable mais humainement éprouvante. Pourtant, renoncer au pouvoir peut être atténué par la certitude de la poursuite de « l'œuvre ». « *La pérennité de la structure de pouvoir d'une entreprise familiale dépend de la capacité du dirigeant à se projeter dans son successeur.* ⁷³⁶ » Passer la main est un processus qui intervient bien avant le moment du passage de témoin, il faut anticiper et « *Un des obstacles à la pérennité des entreprises est l'insuffisante préparation de la relève...* ⁷³⁷ » Ainsi, nous pouvons considérer cette étape comme très sérieuse ; compte tenu de l'importance des enjeux, c'est un élément stratégique. Il sera intéressant d'étudier l'histoire de la Fondation au vu de cet élément. Une manière de diminuer ce potentiel danger est d'investir l'organisation ce qui diminue l'impact des dirigeants, surtout au moment de leur départ. Le dirigeant charismatique n'est pas une exigence pour les entreprises « bâties pour durer » «... *les bâtisseurs d'entreprises visionnaires ont tendance à être des constructeurs d'horloge et non des devins du temps (de l'heure). Ils se consacrent d'abord et avant tout à l'établissement d'une structure (construction d'une horloge) plutôt qu'à s'attaquer à un marché au meilleur moment avec une idée de produit visionnaire...* ⁷³⁸ »

Il semble également que, dans les entreprises familiales pérennes, les comportements hérités de la philosophie familiale et ses valeurs expliqueraient le succès de ces sociétés. Le défi pour ces entreprises est de trouver un successeur qui adhère à cette philosophie et soit capable de « *servir l'entreprise plutôt que de se servir d'elle.* ⁷³⁹ » Ce positionnement des dirigeants face à l'institution revêt un caractère général. Relevons au passage que les qualités nécessaires à la création d'une entreprise ne sont pas les mêmes que celles requises pour assurer sa pérennité. La transmission est subtile et se pose comme une des pierres angulaires de la pérennité, « *La stabilité du capital... et la stabilité des équipes dirigeantes autorisent donc une stabilité stratégique et une perspective à long terme.* ⁷⁴⁰ »

⁷³⁵ Bauer M. cité In Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 16

⁷³⁶ Maurand-Valet A. In Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 50

⁷³⁷ Maurand-Valet A. In Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 48

⁷³⁸ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p. 50

⁷³⁹ Gélienier O. *La réussite des entreprises familiales, Les moyennes entreprises patrimoniales, un atout pour l'avenir*, Maxima, Paris 1996, p. 142

⁷⁴⁰ Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 20

Il existe une double dimension de la pérennité du projet : celle des activités et celle de l'organisation. Les activités sont issues du projet, ce sont les produits ou services spécifiques à l'organisation. Leurs pérennités sont possibles si les produits et les services sont encore assurés. Ces derniers reposent sur les compétences nécessaires à leurs réalisations et ces dernières sont tributaires des personnels. Cette dimension humaine est donc essentielle. Quant à la pérennité organisationnelle, elle « *est réalisée lorsque l'entreprise a su, au cours de son histoire, résister à l'épreuve des bouleversements profonds de son environnement et préserver jusqu'à nos jours l'essentiel de son identité.*⁷⁴¹ » L'identité – qui fait écho à celle d'une personne - est donc un point central, un fil conducteur et un produit du temps. Plus encore, l'identité est le ciment et le pivot de la cohérence organisationnelle. Pour inscrire cette identité dans une dynamique, l'entreprise gagne à être conçue non comme un patrimoine mais comme un projet « vivant ».

À la transmission du pouvoir s'ajoute celle du savoir qui fait partie de la culture de l'entreprise. Comme le relève F. Dupuy, construire une culture d'entreprise, « *c'est construire quelque chose de pérenne*⁷⁴² ». S'il existe un enjeu au niveau de la succession des dirigeants, il ne doit pas faire ombre à l'enjeu tout aussi capital de la transmission des savoirs et des compétences des collaborateurs. Concernant la culture, il s'agit d'assurer la continuité des principes qui ont prévalu au développement de l'établissement. « *Cette culture d'entreprise revêt quatre dimensions : les croyances, valeurs et normes de comportements ; les mythes, légendes, héros et idéologies ; les rites collectifs ; les tabous.*⁷⁴³ » Ces éléments constituent l'identité de l'organisation qui, s'ils sont maintenus, participe à sa pérennité. Pour partie, c'est ce que Collins et Porras nomment l'idéologie intrinsèque. L'ancien président d'IBM affirmait déjà il y a plus de 45 ans « *... pour survivre et réussir (toute organisation) doit posséder un solide ensemble de principes sur lesquels elle fonde sa politique et ses actions... si un organisme se trouve confronté aux difficultés d'un monde en train de changer, il doit être prêt à se transformer totalement, sauf en ce qui concerne ces principes...*⁷⁴⁴ »

⁷⁴¹ Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 27

⁷⁴² Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 211

⁷⁴³ Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 17

⁷⁴⁴ Cité In Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 18

En arrière-fond de ces successions, c'est la question de l'anticipation qui se pose. Nous l'avons vu, les successions se préparent et certaines fois longtemps à l'avance. C'est donc dans une logique d'anticipation que s'inscrit la pérennité. Plutôt que de subir un changement et le rattraper en aval, il est préférable d'anticiper et réagir en amont, ce qui semble évident, même s'il n'est pas possible de tout anticiper. La première étape de l'anticipation consiste à percevoir l'évolution de l'environnement. « *Percevoir, c'est pour l'être humain, s'engager dans une relation active avec le monde. Et il en va de même pour l'entreprise. La perception suppose un effort délibéré de la part des dirigeants pour « visiter leur futur » et élaborer des options et des chemins différents.*⁷⁴⁵ » Il est donc question de se faire des scénarii avec clairvoyance pour l'avenir. « *La seule politique féconde, c'est de tenter de construire l'avenir. Bien sûr les changements doivent être en accord avec les réalités... dans ces limites, l'avenir est malléable, il est toujours un construit.*⁷⁴⁶ » Construire, c'est se positionner dans une attitude proactive.

Les scénarii pour le futur sont habituellement formalisés avec des positionnements stratégiques qui tentent d'analyser le présent dans l'organisation et son environnement pour échafauder des perspectives. Dans ce sens et en référence à D. Ingvar, A de Geus fait une proposition originale pour montrer la pertinence d'une démarche d'anticipation avec l'idée d'une « *mémoire du futur*⁷⁴⁷ ». Signalons que ce thème avait déjà été abordé par le psychanalyste W. Bion dans son ouvrage « *Une mémoire du futur* » dont le sous-titre du tome deux est « *le passé au présent*⁷⁴⁸ ». Le propos n'est pas tout à fait le même mais il existe une parenté : pour lui, notre passé habite notre présent alors que pour Ingvar, schématiquement, il s'agit de se faire des représentations imaginaires de l'avenir. Dans ce processus, il y a un double mouvement : d'une part élaborer des scénarii et d'autre part, parce qu'ils sont fait, ils permettent de mieux capter les signaux extérieurs vu qu'« *On ne voit que les éléments ayant un rapport avec l'avenir tel qu'on se l'imagine... La mémoire du futur agit comme un filtre pour aider l'individu à traiter l'immense quantité d'information qui ne cesse de lui être transmise... Nous ne percevons un signal de l'extérieur que s'il a une*

⁷⁴⁵ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 56

⁷⁴⁶ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, p. 93

⁷⁴⁷ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 54

⁷⁴⁸ Bion W. *Une mémoire du future, le passé au présent*, tome 2, Cesura Lyon éd. 1989

*certaine pertinence pour une perspective d'avenir que nous avons déjà imaginée.*⁷⁴⁹ » Il ne s'agit pas de prévisions ou de planification qui tentent de réduire l'incertitude de l'avenir mais d'un outil d'anticipation dont les scénarii lient les collaborateurs avec une « carte mentale » qui ouvrent plusieurs hypothèses.

Cette stratégie s'enracine dans l'histoire de l'organisation – encore une fois – en partant de l'idée qu'on ne voit que ce dont on a fait l'expérience. « *L'entreprise qui entretient bien sa mémoire collective « voit » vraisemblablement plus et mieux que celle qui manque d'expérience.*⁷⁵⁰ » Nous voyons dans cette dynamique une parenté avec ce que certains psychanalystes (M. Klein, D. Winnicott) ont développé autour du jeu (play) comme « apprentissage du futur ».

Ce point de vue n'est pas sans inconvénient. Si d'un côté, il y a un renforcement des représentations pour percevoir certains signaux, d'un autre côté, il peut contribuer à construire un aveuglement dans lequel certains signaux ne sont pas perçus et peuvent porter préjudice à l'organisation. De plus, les représentations imaginaires du futur servent également comme clé de lecture et peuvent conditionner l'interprétation faite des perceptions de l'environnement et notamment des « signaux faibles ». Ce peut être par exemple passer à côté d'une opportunité non envisagée ou ne pas capter un danger qui devrait permettre d'ajuster la stratégie.

Le cas des « hénokiens »

L'association internationale des « Hénokiens⁷⁵¹ » comprend actuellement 44 sociétés en Europe et au Japon. Ces organisations ont été créées il y a plus de deux cents ans et sont actuellement en « excellente santé ». Les organisations « hénokiennes » regroupent l'ensemble des dimensions de la pérennité : de la structure de pouvoir, de l'activité et de l'organisation. Pour ces organisations, la dimension de la philosophie familiale, ou d'entreprise, joue un rôle fondamental pour l'identité du groupe.

⁷⁴⁹ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 53-55

⁷⁵⁰ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 50

⁷⁵¹ <http://www.henokiens.com/content.php?id=5&lg=fr> consulté le 17 juillet 2015

« Hénokiens » fait référence à Hénoch, fils de Caïn, qui vécut selon la bible 365 ans. Elles se sont regroupées pour démontrer une alternative aux entreprises multinationales et faire valoir les valeurs de l'entreprise familiale. Elles sont propriété des familles d'origine ou pour la plupart directement détentrice. Elles assurent le contrôle et ont à leur tête un descendant du fondateur. Elles font preuve de performance, conservent leur identité, leurs valeurs, opèrent une stratégie prudente et assurent leurs successions sans conflit majeur⁷⁵². C'est peut-être un des points sur lequel les « hénokiens » sont très performants puisque la succession est un enjeu majeur pour la pérennité tant pour les dirigeants que pour les compétences ou encore pour la philosophie d'entreprise. Preuve en est que sur leur site Internet, il existe un formulaire de 51 questions préparatoires relatives à la transmission de l'entreprise. Si ces organisations ont pu traverser au moins deux cents ans, c'est qu'elles ont su composer avec tradition et innovation. *« À travers à cette association, nous essayons de montrer la capacité d'adaptation de quelques-unes des plus anciennes et des plus expérimentées entreprises en activité dans le monde, tout en proposant des réponses aux questions que nombre de dirigeants se posent sur les initiatives à prendre pour maintenir, développer ou transmettre leur entreprise dans les meilleures conditions possibles aux générations futures. »*⁷⁵³

Les « Hénokiens » ont mis sur pied un prix, le Prix Léonard de Vinci qui a pour but : *« Evaluer et reconnaître dans la famille et la société, l'importance de la tradition des valeurs culturelles, de savoir-faire et de techniques particulières qui constituent un « patrimoine immatériel et vivant », gage indispensable de pérennité comme, par exemple, la fidélité à une tradition, un métier, une histoire familiale, un produit, un patrimoine, une région, un terroir, à une marque, une mission et une cause.»*⁷⁵⁴ Nous retrouvons dans la vocation du prix, l'ensemble des ingrédients de la pérennité. Ce prix est conçu pour la promotion de la pérennité des entreprises familiales dont les critères sont souvent les fondamentaux de toute entreprise pérenne :

- Au moins 2 générations à la tête de l'entreprise
- un chiffre d'affaires égal ou supérieur à 3 M€
- les dirigeants propriétaires actionnaires majoritaires (seuls ou avec des membres

⁷⁵² Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 45-56

⁷⁵³ <http://www.henokiens.com/content.php?id=6&lg=fr>, consulté le 9 août 2015

⁷⁵⁴ <http://www.henokiens.com/content.php?id=3&lg=fr>, consulté le 9 août 2015

de leur famille)

- Mise en avant des valeurs fondamentales nécessaires à la réussite d'une entreprise patrimoniale (pour s'inscrire dans le temps d'une manière pérenne comme, par exemple, son histoire et sa tradition ou son positionnement sur le marché)
- Ethique familiale à travers les valeurs et l'exemplarité du fondateur
- Charte de famille, la culture de l'entreprise
- Engagement sociétal
- Capacité d'adaptation à son marché
- Respect de l'environnement et sa prise en compte des générations futures
- Fidélité et engagement de l'entreprise envers un ensemble de valeurs culturelles et humaines, de savoir-faire et de technologies particulières constituant un « patrimoine immatériel et vivant », (gage indispensable de pérennité ou de longévité, fidélité à un produit, une matière première, un territoire, un terroir, une ville, un village, une main-d'œuvre locale, une marque, une mission et une cause).
- Transmission de la mémoire de l'entreprise (par un dirigeant soucieux de transmettre à son successeur une vision personnelle et originale de son métier dans un rapport avec le temps considéré comme une « matière première »)
- Capacité à créer et innover pour rester compétitif en apportant une valeur ajoutée dans un monde qui change⁷⁵⁵.

Il sera intéressant de prendre de ces critères le plus pertinents pour la Fondation de Nant, lesquels ont été activés et lesquels ne se retrouvent pas. Par exemple : Pourquoi les enfants des fondateurs n'ont pas trouvé de successeurs ? Au-delà de cette question, que reste-t-il actuellement de l'œuvre des fondateurs ? Pour l'actualité de l'institution, quel(s) critère(s) est-il (sont-ils) opérants et pour quelle filière professionnelle ?

Ces organisations patrimoniales interrogent les structures organisationnelles actuelles, qualifiées de moderne, en s'opposant aux modes habituelles de gestion d'entreprise. Il semble que la représentation « vieilloté » et traditionnelle de ces organisations familiales est dépassée, le népotisme qu'on leur attribuait fait partie du passé⁷⁵⁶. Les dirigeants sont des professionnels qualifiés et choisis pour cette raison et leur adhésion aux valeurs de

⁷⁵⁵ <http://www.henokiens.com/content.php?id=3&lg=fr>, consulté le 9 août 2015

⁷⁵⁶ Gélinier O. *La réussite des entreprises familiales, Les moyennes entreprises patrimoniales, un atout pour l'avenir*, Maxima, Paris 1996, p. 60

l'entreprise. Ces organisations ont passé du paternalisme à l'empowerment et disposent d'un pouvoir de décision stratégique efficace et rapide⁷⁵⁷. «... on peut se demander si ces dernières (moyennes entreprises patrimoniales), souvent pourvoyeuses d'emplois, souvent moins gourmandes en capitaux, et moins rivées sur les résultats trimestriels, n'offrent pas des modèles de management alternatifs méritant réflexion.⁷⁵⁸ » Cette position est partagée par B. Martin qui prédit que «... le vingt-et-unième siècle verra peut-être celui de l'entreprise humanisée.⁷⁵⁹ »

2.2.5. Le lien, source de performance et donc de pérennité

La performance est la mesure de la réussite. « Une organisation ne se pérennise que si elle est performante...⁷⁶⁰ » et sa performance, comme toute performance, est multidimensionnelle. Elle ne se mesure pas seulement dans l'immédiat, mais également dans la durée. « La performance n'est pas ponctuelle, elle ne se comprend que de façon dynamique dans le long terme.⁷⁶¹ » Si cette idée tient de l'évidence, elle mérite d'être précisée. En soi, il n'existe pas de performance, la performance se réfère à un objectif pour prendre sens et mesure : performance financière, qualitative ou quantitative, immédiate à court ou long terme ou autre. « La notion de performance est relative à la définition des objectifs.⁷⁶² »

S. Mignon a comparé les objectifs des entreprises familiales pérennes à ceux des entreprises à valeur boursière dont nous reprenons le tableau⁷⁶³ :

⁷⁵⁷ Gélinier O. *La réussite des entreprises familiales, Les moyennes entreprises patrimoniales, un atout pour l'avenir*, Maxima, Paris 1996, p. 62 et 161

⁷⁵⁸ Mignon S. *La pérennité, Graal de la compétitivité*, In *Le meilleur de la stratégie et du management*, sous la dir. Benghozi P.-J. et Huet J.M. Pearson éd. Paris, 2012, p. 63

⁷⁵⁹ Martin B. Lenhardt V. Jarrosson B. *Osez la confiance* INSEP consulting Ed. Paris, 1996, p. 52

⁷⁶⁰ Dumez H. *Identité, performance et pérennité organisationnelle*, Revue française de gestion, Vol. 35, N° 192, p. 93

⁷⁶¹ Lebas cité In Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 34

⁷⁶² Lorino P. *Méthodes et pratiques de la performance*, Ed. d'Organisation, Paris, 2003, p.78

⁷⁶³ Mignon S. *La pérennité des entreprises familiales : un modèle alternatif à la création de valeur pour l'actionnaire ?* Finance Contrôle Stratégie – Vol. 3 N°1 mars 2000, p.191

**Tableau 5 : Caractéristiques comparées des entreprises familiales pérennes
et des entreprises à valeur boursière**

Les caractéristiques des entreprises familiales pérennes	Les risques d'une seule gestion par la valeur boursière
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion guidée par des objectifs de pérennité • Objectifs de long terme • Fidélité et valorisation des ressources humaines • Logique humaniste (valeur, éthique, responsabilité sociale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion guidée par la maximisation de richesse des actionnaires et appréciée par le marché financier • Objectifs à court terme • Recours éventuel au <i>downsizing</i> pour améliorer les performances, valorisation excessive du capital financier au détriment du capital humain • Logique financière

P. Picq fait le même constat : «... on sait que les entreprises qui résistent le mieux sont celles détenues par des familles ou avec une capitalisation fondée sur le moyen terme et la capacité à remettre à plus tard la distribution de bénéfices.⁷⁶⁴ » Fondamentalement, les différences portent sur l'objet et la logique de gestion. Pour les entreprises pérennes, la priorité est le long terme dans une logique humaniste qui n'est pas incompatible avec la performance. Pour P. Picq les entreprises familiales abondent dans le même sens. Nous postulons que la dimension familiale ou humaniste est basée sur les liens, autrement dit les relations, et c'est cet élément qui les fait fonctionner avec nuance et avec performance. Nous considérons cette dimension comme un interstice.

Pour suivre P. Lorino, la performance ne se mesure qu'en regard des objectifs, ce qui conditionne les résultats. Cependant, au-delà des objectifs liés à la pérennité, Gélinier a montré que les entreprises familiales avaient des meilleurs résultats financiers en comparaison des autres entreprises en France⁷⁶⁵. Cette performance globale s'inscrit dans la durée en tant que caractéristique de l'entreprise familiale dont la pérennité est une valeur fondamentale. Elle est conditionnée par de multiples facteurs portés par les dirigeants dont la volonté de réussir et de rester maître des décisions, la passion de construire une œuvre et d'être exemplaire, l'enthousiasme, et enfin, le sentiment d'être le dépositaire d'une œuvre précieuse à pérenniser et donc à transmettre. À cela s'ajoute la construction de buts communs qui donne sens à l'action pour l'ensemble des

⁷⁶⁴ Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011, p. 250/1

⁷⁶⁵ Gélinier O. *La réussite des entreprises familiales, Les moyennes entreprises patrimoniales, un atout pour l'avenir*, Maxima, Paris 1996, p. 42 et 139

collaborateurs avec une cohésion civique. Ces différents facteurs peuvent être compris comme des facteurs de performance. Leur articulation s'inscrit forcément dans une dynamique de performance, il s'agit d'un processus comme l'a montré P. Lorino⁷⁶⁶.

Ce processus s'inscrit dans le temps avec des fluctuations de bonne et moins bonne performance. Les travaux sur cette question oscillent entre deux hypothèses : «... ceux postulant qu'une performance élevée conduit à la pérennité et ceux démontrant qu'une performance faible ou en déclin est source de prise de risques, d'adaptation et de viabilité sur le long terme.⁷⁶⁷ » Selon M. Masuch, les organisations pérennes activent un cercle vertueux dans lequel les phases de stagnation sont des périodes de stimulation pour revitaliser l'organisation et revisiter les formalisations.

Le démarrage du processus, ou du cercle vertueux, est la prise de conscience de la mauvaise performance comme alerte et stimulant à la revitalisation de l'entreprise. Il appelle à une prise de risque nécessaire, qui ne serait pas prise en cas de bonne performance, mais qui peut également aboutir à sa disparition en cas d'erreur stratégique. Mais ce dernier cas de figure est tout aussi probable pour une entreprise en pleine performance qui, aveuglée par ses résultats (arrogance du succès) et par baisse de vigilance ne voit pas venir le danger et la chute de son marché. « *Le succès peut mener à l'échec parce qu'il engendre la suffisance et la négligence.*⁷⁶⁸ » Ce point de vue est à relativiser ou du moins à préciser : quand est-ce qu'il s'applique ? J. Argenti⁷⁶⁹ distinguent quatre différentes phases dans ce processus :

1. Dysfonctionnement sans altération de la performance ;
2. Erreur stratégique (croissance à outrance, implication dans un projet de trop grande envergure, politique d'endettement excessif) ;
3. Symptômes d'insolvabilité ;
4. Insolvabilité avérée et effondrement de l'entreprise.

C'est dans la première phase que la diminution de la performance peut devenir stimulante, mais ce, à condition d'avoir un système d'information performant et permettant de mettre en évidence cette diminution et des dirigeants capables de prendre

⁷⁶⁶ Lorino P. *Méthodes et pratiques de la performance*, Ed. d'Organisation, Paris, 2003, p. 25-26

⁷⁶⁷ Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 33

⁷⁶⁸ Miller D. *Le paradoxe d'Icare*, éditions Eska, Paris, 1993, p. 27

⁷⁶⁹ Argenti J In Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 36-37

en compte les signaux indicateurs sans déni, évitement, ou encore résistance à opérer les changements nécessaires. « *Les crises sont donc des périodes de danger mais, en même temps, elles sont sources d'opportunités pour les entreprises sachant les gérer... le rôle des managers n'est pas tant de les éviter mais plutôt de les anticiper et de les gérer avec succès.*⁷⁷⁰ » Comme en clinique, la « valeur » d'une crise dépend de ce qui en fait et peut être source d'opportunité de changement favorable.

Au-delà du périmètre de l'entreprise, existe-t-il un intérêt pour leur pérennité ? La pérennité peut être vue comme une valeur en soi, ou profitable aux propriétaires ou actionnaires de ces organisations, ce qui est évident. Cependant les entreprises pérennes semblent procurer des profits beaucoup plus larges qu'il est important de mentionner pour signaler l'impact positif des organisations pérennes dans l'environnement. En effet, ces dernières sont pourvoyeuses d'emplois dans la durée, et ainsi, ont un impact social extrêmement positif. Le savoir-faire – rappelons que les « *travailleurs du savoir* » sont l'avenir pour P. Drucker⁷⁷¹ - qu'elles maintiennent est également important, il est transmissible et offre de la plus-value aux collaborateurs mais probablement aussi à une région. Finalement, nous pouvons y voir une certaine sagesse dans un projet de société où l'on conjugue les intérêts des propriétaires aux intérêts collectifs⁷⁷². « *Les entreprises durables sembleraient reléguer au second plan l'idée d'exister « d'abord et avant tout pour maximaliser les profits »*⁷⁷³ » De ce point de vue, la pérennité des entreprises peut ainsi être considérée comme un bien social.

Au point où nous sommes, nous retenons que, durer pour une organisation, est une dynamique, un processus qui s'inscrit dans un apparent paradoxe ou dans une dialogie qui consiste à rester le même et changer. Celle-ci est facilitée ou possible si elle s'appuie sur des valeurs ou une philosophie d'entreprise comme arrière base qui ne s'édifie pas en barrière contre l'environnement mais comme appui pour donner sens à l'action et ainsi conjuguer tradition et innovation. Cette philosophie d'entreprise comme un processus dynamique est vivante et évolutive et a besoin d'espaces de rencontre pour entretenir « sa flamme ». L'anticipation et les passages de témoins sont également fondamentaux ; ils

⁷⁷⁰ Mignon S. *Stratégie de la pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, p. 41

⁷⁷¹ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, p.138

⁷⁷² Mignon S. *La pérennité, Graal de la compétitivité*, In *Le meilleur de la stratégie et du management*, sous la dir. Benghozi P.-J. et Huet J.M. Pearson éd. Paris, 2012, p. 62-63

⁷⁷³ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 235

comprennent le passage des savoirs et compétences. Il s'agit d'une manière de se projeter à long terme et non dans une recherche de profit immédiat prioritaire. Ainsi, essentiellement, ces processus se déroulent dans le lien, les relations, dans une logique humaniste fidélisant ses personnels. Cette logique relationnelle permet beaucoup de nuance dans l'action et s'opérationnalise souvent dans des espaces interstitiels.

Concernant les facteurs de pérennité de la Fondation de Nant, à partir des différents points de vue retenus de la littérature et des « Hénokiens », certains se retrouvent systématiquement dont huit nous semblent pertinents. Ce sont autant d'éléments pouvant contribuer, ou au contraire desservir, sa pérennité.

Il s'agit de :

1. Philosophie de soins de référence, valeurs fondamentales, idéologie intrinsèque (éthique et responsabilité) explicite, identité, culture d'entreprise, transmission de la mémoire de l'entreprise
2. Mode de gestion ad hoc, travail d'équipe, concertation
3. Positionnement des dirigeants : être au service plutôt que se servir, éthique exemplarité et logique d'investissement des dirigeants
4. Esprit d'ouverture à l'environnement, adaptation, anticipation et pro-activité
5. Investissement dans les RH, compétences, humanisme et positionnement civique
6. Autonomie financière et logique financière à long terme (prudence)
7. Stratégie à long terme
8. Travail sur les successions des responsables et des savoirs

Concernant les points spécifiques aux « Hénokiens », la question de la propriété se pose en termes d'autonomie de fonctionnement, c'est-à-dire le maintien du statut de droit privé pour la Fondation. En effet, les fondateurs n'ont pas cherché à garder la main sur leur bien ou leur entreprise mais ont fait don de l'ensemble en constituant une Fondation de droit privé pour conserver l'autonomie de l'institution, afin de poursuivre le projet en maintenant les valeurs, ce qui fait son « âme ». C'est donc la pérennité de l'autonomie qu'ils ont cherché à maintenir. Cette décision s'est imposée comme une solution pour pérenniser ce qu'ils avaient créé et fait fructifier. Nous ne sommes plus dans la logique propriétaire des « hennockiens » mais dans la perpétuation de l'autonomie du statut privé pour maintenir ses manières de faire, autrement dit sa philosophie des soins et ses valeurs.

3. Au centre du nœud gordien : l'homologie

Nous avons abordé précédemment différents facteurs de pérennité externe et internes et pointer ceux qui concernent la Fondation de Nant. Dans ce chapitre, nous allons aborder la manière dont ces facteurs s'organisent et jouent entre eux pour assurer la « survie » de l'établissement. Cet équilibre est complexe à dénouer et tient du nœud gordien. Mais plutôt que de le trancher, nous entrevoyons la possibilité de le démêler.

Précédemment, nous sommes partis de notre intuition qu'une homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion était un élément fondamental du faire-ensemble de la Fondation pour dépasser la disjonction « habituelle » entre pratique clinique et pratique de gestion et améliorer la performance institutionnelle globale et contribuer à sa pérennité.

Nous avons constaté :

- Que la philosophie des soins et les valeurs étaient le fondement non seulement de la pratique clinique mais également de la pratique de gestion vu qu'il existe un lien entre philosophie de soins et modes de gestion qui se retrouve au fil de l'histoire de la psychiatrie et dans celle de Nant.
- Que valeurs et philosophie de soins sont un des facteurs essentiels de la survie des organisations pour dépasser le paradoxe de la pérennité qui consiste à rester le même et changer et composer avec une certaine dialogie.

À partir de ces éléments nous allons reconsidérer les facteurs de pérennités identifiés à Nant au filtre de :

- La philosophie des soins et les valeurs ainsi que l'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion,
- L'espace dynamique de l'interstice.

Nous livrerons une série « d'ingrédients » dont les interactions et leurs dynamiques nécessitent des espaces spécifiques pour déployer leur opérationnalité. Toute la dynamique repose sur un fondement global qui est la relation et le lien entre les personnes. Les éléments qui ne sont pas directement liés à la dynamique relationnelle sont au service de celle-ci. En effet, le préalable est une idée, une conception de la personne dont la relation est issue et qui va s'inscrire dans la philosophie des soins et les

valeurs. Les modes de gestion comme le positionnement des dirigeants découlent de cette conception de l'homme. C'est à partir de là que se déclinent les liens avec l'environnement, les moyens attribués à l'autonomie pour assurer la pérennité de la philosophie d'entreprise, qu'ils soient financiers ou humains. Le positionnement humaniste de l'institution est une forme d'engagement sociétal en promouvant ses valeurs dont principalement la personne comme élément central dans un rapport égalitaire.

Philosophie des soins, valeurs, homologie et interstices viendront apporter un complément aux théories abordées plus haut sur la pérennité dans le cadre d'une vision « intentionnalistes ⁷⁷⁴ ». Nous allons débiter par la philosophie des soins, dans laquelle nous incluons les valeurs, dans une perspective de fondement de l'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion à Nant. Nous avons relevé plus haut que ce lien entre pratique clinique et pratique de gestion existe depuis la naissance de la psychiatrie et qu'il est très marqué à la Fondation de Nant. Il s'agit du préalable global à la création de cet établissement et à la construction de ses modes cliniques et de management. De plus, ce préalable est également un levier essentiel du processus d'évolution qui aboutit à la pérennité institutionnelle dans la mesure où il permet de dépasser le paradoxe de rester le même et changer. La philosophie des soins est donc centrale et multidimensionnelle.

La légende de Gordios veut qu'« On conservait à Gordion, dans le temple de Zeus, le vieux char royal, dont le joug était attaché au timon par le fameux nœud gordien. ⁷⁷⁵ » Ce nœud était indémêlable et la légende prophétise que celui qui le démêlerait régnerait sur l'Asie. Alexandre le Grand, plutôt que le démêler, le tranchât de son épée. Pris comme une métaphore, couper le nœud revient à changer de niveau logique : couper plutôt que démêler. Pour nous, à l'instar d'un méta point de vue pour gérer la dialogique, il s'agit également de changer de niveau logique d'interprétation pour dénouer la dynamique qui sous-tend la pérennité de la Fondation de Nant.

⁷⁷⁴ Mignon S. *Concurrence, sélection et pérennité des organisations : un processus inter et intra organisationnel*, In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999, p. 128

⁷⁷⁵ Waldemar D. *Le nœud gordien*, Revue des Etudes Grecques, tome 31, fascicule 141, janvier-mars 1918, p. 39

3.1. La philosophie des soins en guise d'étendard

C'est à travers la philosophie des soins et les valeurs qu'il nous semble possible de démêler le nœud gordien de la dynamique de survie de la Fondation de Nant. En effet, la philosophie des soins et les valeurs y jouent un rôle primordial, tant pour la clinique que pour la gestion comme nous venons de le relever plus haut. Si philosophie de soins et valeurs sont aussi des leviers essentiels de pérennité dans les entreprises⁷⁷⁶, à Nant, ils sont le socle et la racine des autres éléments de pérennité qu'ils infiltrent et conditionnent. Si nous reprenons les leviers de la pérennité retenus plus haut, ils sont systématiquement impactés par l'un et l'autre.

Philosophie et valeurs au service des leviers de la pérennité :

- Philosophie et valeurs pour rester le même et changer
- Philosophie et valeurs pour déterminer les modes de gestion
- Philosophie et valeurs pour positionner les dirigeants (être au service)
- Philosophie et valeurs pour investir les RH
- Philosophie et valeurs pour anticiper, s'adapter et rester proactif
- Philosophie et valeurs pour assurer l'avenir
- Philosophie et valeurs pour s'engager socialement

La philosophie et les valeurs de la Fondation comprennent la primauté de la relation, le rapport égalitaire, la parole, le respect, la confiance, le faire-ensemble, un positionnement dans l'être au service et d'investir dans les hommes dans un esprit d'ouverture. Tous ces points sont aussi valables pour la pratique clinique que pour celle de gestion, c'est ce que nous allons développer plus bas.

3.1.1. Les valeurs au service de la philosophie de soins

D'un point de vue général, les entreprises pérennes se bâtissent sur des valeurs, une idéologie (philosophie de soins en ce qui nous concerne) qui fondent leur identité et leur culture pour assurer une continuité. L'identité se construit au fil de l'histoire comme la culture institutionnelle. C'est sur ces éléments que l'organisation s'appuie pour évoluer,

⁷⁷⁶ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* Editions Générales First, Paris, 1996

ce sont des leviers pour l'assurer. À Nant, l'autonomie, les valeurs humanistes et la philosophie de soins constituent cette assise (idéologie intrinsèque). Le prof. E. Gilliéron le confirme « *Moi, j'étais un idéaliste et M^{me} Oehninger (fondatrice) était aussi une idéaliste... il y avait une vision commune du soin... un souci de bien faire.* ⁷⁷⁷ » C'est son âme en quelque sorte et c'est pour cette raison que la majorité des professionnels choisissent de venir y travailler, les soignants pour ce travail relationnel spécifique, les psychologues et les médecins qui y trouvent le moyen de se former dans l'une des trois approches psychothérapeutiques reconnues par la FMH (axe psychanalytique) et la FSP (Fédération suisse des psychologues). La philosophie des soins à Nant est basée sur une approche relationnelle que le Prof. E. Gilliéron résume très bien après son passage à la Fondation : « *C'était quand même une leçon de vie, ce qui fait que, pour moi, un malade n'a jamais vraiment été malade. Pour moi, un malade est toujours un interlocuteur.* ⁷⁷⁸ »

Rappelons que l'approche relationnelle à Nant est conditionnée par sa référence psychanalytique ce qui nous amène à préciser que cette relation est une relation de « partenariat » dans laquelle chacun est acteur. Il ne s'agit pas d'une relation d'autorité. L'objectif est de créer une alliance thérapeutique dans laquelle chacun adhère à un objectif commun. Ce type de relation se retrouve dans la même dynamique en gestion où le partenariat fonctionne selon le même mode dans lequel il ne s'agit pas « d'obéir » à l'autorité mais de susciter l'adhésion des collaborateurs au projet et d'être en position de leadership. Il s'agit d'une homologie évidente et si l'institution veut garder une certaine cohérence globale, il est essentiel que pratique clinique et pratique de gestion soient dans cette homologie.

Au début une caractéristique de la Fondation résidait dans l'idée de « *vivre l'esprit communautaire* », c'est-à-dire partager la vie quotidienne avec les malades dans une relation égalitaire. Il s'agit d'un principe fondamental qu'il est important de différencier du vivre collectivement. Pour rappel, le traitement collectif des malades mentaux était l'apanage des asiles depuis l'époque d'Esquirol et la loi de 1838 qui tentaient de soigner un très important collectif de patients. En revanche, la vie communautaire ne vise pas le nombre de patients soignés mais comprend le partage du quotidien avec l'ensemble des membres, soignant compris dans une certaine proximité et un rapport « égalitaire » entre

⁷⁷⁷ Interview du Prof. E. Gilliéron

⁷⁷⁸ Interview du Prof. E. Gilliéron

chacun, traduit par le partage des activités de la vie quotidienne. C'est pourquoi il est important que cette dimension soit prise en compte au niveau de la direction, vu qu'elle signe le positionnement institutionnel face aux patients. Ce positionnement avant-gardiste des fondateurs, probablement inspirés des communautés chrétiennes, instaure implicitement des relations qui tendent vers l'égalitaire, ou en tout cas, la reconnaissance et le respect réciproque, entre chaque membre de la communauté. Il s'agit donc d'un dispositif relationnel qui reconnaît l'autre dans son individualité et comme un alter ego. C'est probablement pourquoi les fondateurs nommaient les patients « *leurs hôtes* ⁷⁷⁹ ». Ce point n'est sans rappeler le positionnement de J.-B. Pussin et P. Pinel, à la naissance de la psychiatrie au début du XIX^e siècle, dans l'esprit du « fou citoyen », digne de respect comme tout autre citoyen. Nous pourrions également citer l'expérience des quakers en Angleterre avec leur établissement « The Retreat » qui fut une communauté thérapeutique « familiale » avant l'heure dans un esprit chrétien⁷⁸⁰. En l'occurrence pour les fondateurs, il s'agit de reconnaître l'autre comme un fils de Dieu, au même titre qu'eux-mêmes. Dans les années quarante, en Angleterre, au moment de la création de Nant, naissaient les premières communautés thérapeutiques fondées sur le travail groupal, et non collectif, et sur le quotidien sans que les fondateurs aient la moindre idée de ces nouveaux dispositifs thérapeutiques.

Il faut noter qu'à cette époque, les institutions psychiatriques, qui venaient juste de se renommer hôpitaux psychiatriques (1937), ressemblaient encore beaucoup aux asiles d'aliénés du XIX^e siècle. À ce moment, cette appellation avait été préférée à celle d'hôpital qui était le lieu d'hébergement de la misère humaine sans spécificité de soins. Jusque dans les années cinquante, les traitements médicaux étaient sommaires pour ne pas dire inexistantes et les conditions d'hospitalisation étaient minimales et rudes. Les neuroleptiques qui révolutionneront les traitements et les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques, n'arriveront qu'au début des années cinquante (découverts en 1952). Mais avant cette « révolution », les patients agités sont isolés, attachés dans des conditions plus que précaires. Les autres sont traités collectivement avec le peu de moyens à disposition que ce soit au niveau des thérapeutiques que des personnels soignants ou de leur formation. Cette situation n'est pas si éloignée, l'ancien infirmier-chef

⁷⁷⁹ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 3

⁷⁸⁰ Quétel Cl. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallendier, Paris, 2009, p. 239

de Nant rappelle : « *Je me souviens avoir travaillé dans un service (1956)... des matelas en varech et puis il y avait du varech dans les cellules d'isolement aigu, c'était terrible.* ⁷⁸¹ »

La philosophie des soins est faite et se décline en différents points que nous allons aborder « au fil de l'eau » sans ordre particulier. En effet, il n'y a pas de priorité mais plutôt une série d'éléments significatifs interreliés à commencer par la relation.

3.1.1.1. La relation, élément fondamental de la philosophie de soins

La relation est un fondamental car elle est la traduction du positionnement de départ vis-à-vis du patient, ce positionnement va se perpétuer et se développer. « *C'était la relation patient-soignant qui était le pivot de tout.* ⁷⁸² » Pour cette infirmière «... *il y avait beaucoup de compassion pour les patients... beaucoup de compréhension, d'empathie par rapport à la souffrance des gens. Ils n'étaient pas considérés comme psychotiques, non, c'était quelqu'un* ⁷⁸³ » Comme le relève le Prof. Gilliéron, le patient est un interlocuteur, c'est-à-dire qu'il est reconnu comme son égal, celui avec qui on parle, on échange. Ce positionnement et cette priorité à la relation se déclinent dans tous les rapports, que ce soit avec le patient, ses proches ou dans les interactions avec les autres de manière générale jusqu'au travail de réseau. « *Ici, on est dans une approche, une philosophie de l'accueil, de la relation à l'autre, du respect et... ce n'est pas élaboré en termes de processus* ⁷⁸⁴ » avance un consultant qui a beaucoup travaillé avec l'institution. Un médecin chef affirme «... *quelque chose de l'essentiel qui se transmet sans le dire mais dont on n'arrive pas à trouver trace parce que ça ne se passe pas dans l'écrit.* ⁷⁸⁵ » Ce positionnement ne s'arrête pas aux soins, il est un fondement global pour l'ensemble des collaborateurs de la Fondation. Un membre de l'équipe de gestion voit dans la parole un outil « universel » du fonctionnement de l'institution : « *La parole est un outil pas seulement pour soigner mais pour travailler.* ⁷⁸⁶ » La relation, et son vecteur favori, la parole, semble un levier constant du travail qu'il soit clinique ou de gestion. Et cette relation est favorisée par la taille de la structure qui induit une proximité entre acteurs. « *Lorsque les acteurs se rencontrent*

⁷⁸¹ Interview Jean Claude Monney, fils des fondateurs et infirmier chef de 1958 à 1996.

⁷⁸² Interview de Mme S. psychothérapeute, ancienne collaboratrice

⁷⁸³ Interview Mme P. infirmière, ancienne collaboratrice

⁷⁸⁴ Interview M. D. consultant

⁷⁸⁵ Interview Dr RU, médecin chef de service

⁷⁸⁶ Interview MdP, membre de l'équipe de gestion

*physiquement, ils échangent de informations plus complexes et plus rapides (...)*⁷⁸⁷ », ce qui participe à la performance de l'organisation. Elle conditionne les rapports entre les collaborateurs, et surtout, celui des responsables vis-à-vis de leurs collègues : «... *Il (l'infirmier-chef) s'intéresse à l'autre, un esprit de solidarité... on est à l'écoute de l'autre, attentif à l'autre.* »⁷⁸⁸ » C'est le positionnement qui imprègne un certain esprit de collaboration qui jouera un rôle essentiel dans le faire-ensemble. Ce positionnement montre une forte homologie entre clinique et gestion.

Les valeurs chrétiennes du début ont contribué à construire et à activer un réseau chrétien à travers lequel se fait le recrutement des patients « hôtes ». Ce réseau est étendu jusqu'en France (Nant sera même reconnu et conventionné par la sécurité sociale française). Les psychiatres consultants jusqu'à la fin des années cinquante sont des médecins chrétiens. Il est difficile de se faire une idée précise de ce qu'est un thérapeute chrétien, néanmoins, cette orientation professionnelle existe, et à titre d'exemple, une annonce de recrutement précise que Nant recherche « une psychologue d'inspiration chrétienne ». Plus tard, ce sera le réseau des cliniciens intéressés par l'approche psychanalytique qui sera activé, et pour la population, la région de l'Est vaudois à partir du moment où Nant a pris le mandat de la psychiatrie publique de la région.

3.1.1.2. Le respect

À la Fondation, les valeurs chrétiennes sont alliées aux valeurs humanistes, telles que le respect de l'autre, la volonté de venir en aide aux plus démunis, être au service de l'autre, une éthique globale. Cette proximité entre valeurs va permettre une évolution dans laquelle les valeurs chrétiennes vont progressivement être relayées au profit de valeurs humanistes mais toujours dans une approche relationnelle dans laquelle elles s'activent. Le projet des fondateurs d'allier foi chrétienne et médecine n'est pas un vœu pieux. Les premiers psychiatres consultants qui venaient quelques heures par semaine jusqu'à l'arrivée du premier médecin assistant le Dr E. Gilléron en 1958, étaient des médecins chrétiens et choisis pour cela : Dresse de Seret, Dr Aubert et Dr Audéout. Au départ de ce dernier, ce sera le Dr M. Genton qui lui succédera et comme son assistant, ce sont des psychiatres « profanes ». C'est d'ailleurs le Dr Genton qui conseillera au Dr E. Gilliéron de

⁷⁸⁷ Gomez P.-Y. Rousseau A. Vandangeon Derumez I. *Distance et proximité*, Revue française de gestion, 2011/4 N° 213, p. 14

⁷⁸⁸ Interview Mme D. membre de l'équipe administrative

se former en psychanalyse. Le pivot de cette lente et tranquille « conversion » est M. Jean Claude Monney, fils des fondateurs qui vient travailler en 1958 à Nant après sa formation d'infirmier en psychiatrie. « Marginal sécant », il a un pied dans la famille et un autre dans la profession et, ainsi, il saura finement intégrer ces deux dimensions. Ce positionnement est fondamental ; il s'inscrit précisément dans cet alliage de la foi chrétienne et de la médecine dans l'objectif de soigner et en donne une nouvelle perspective. Nous retrouvons dans cette articulation le positionnement du « et... et... » plutôt que du « ou... ou... » dont nous avons relevé plus haut les vertus des organisations bâties pour durer ou dans la gestion de la complexité⁷⁸⁹. Si une première alliance a reposé sur foi et médecine, une deuxième viendra dans l'alliance des pratiques cliniques et celles de gestion fondées sur les valeurs humanistes communes. Relevons que les valeurs fondamentales sont précieuses parce qu'elles contribuent à l'innovation, à l'esprit d'équipe, l'intégrité et l'engagement, au respect et au sens de l'action⁷⁹⁰.

Actuellement, le respect est encore une des valeurs les plus fortes « *L'essentiel... cette espèce de respect du patient et respect mutuel au sein du corps soignant.*⁷⁹¹ » La dimension des valeurs reste très présente et ce qu'il y a de très intéressant, c'est que la référence théorique de philosophie des soins fonctionne également comme une valeur qui donne la « voie » à suivre. C'est ce qu'affirme un des médecins chefs : « *Je pense que c'est plus qu'une référence (la psychanalyse), je pense que c'est une valeur.*⁷⁹² » Cet avis est partagé « *Les valeurs de Nant, ce qui reste fondamental, c'est toujours la question de la relation avec le patient, donc, c'est un travail autour de la subjectivité.*⁷⁹³ » Un des médecins chefs qui a connu bien d'autres institutions assure : « *Je n'ai pas trouvé auparavant une institution qui prenne en charge la santé mentale et où l'histoire de la psyché comme traduction grecque de l'âme, soit aussi présente...*⁷⁹⁴ » Ce point de vue rejoint celui d'une collaboratrice de

⁷⁸⁹ Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* First management éd. Paris 1996, p. 78

Hampden-Turner C. *L'entreprise face à ses valeurs, cartographier les tensions et développer la synergie*, Les Editions d'organisation, Paris, 1992, p.13

Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, p. 86

⁷⁹⁰ Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 109-116

⁷⁹¹ Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁷⁹² Interview Dr M. médecin chef de service

⁷⁹³ Interview de Mme S. psychothérapeute, ancienne collaboratrice

⁷⁹⁴ Interview Dr RU, médecin chef de service

l'équipe administrative et qui, de plus, perçoit la place primordiale du patient : «... *il y a des principes fondamentaux, il y a de l'humanité, c'est qu'au milieu, il y a le patient, la personne, le patient est le sujet principal de l'institution.* ⁷⁹⁵ » Les valeurs vis-à-vis des patients étaient également au service des personnels : « *Une des valeurs principales, c'était d'être au service de... et on s'engage à... ce qui était frappant, c'est que ce n'était pas seulement au service des patients mais aussi du personnel, des gens qui travaillent là.* ⁷⁹⁶ » L'humanisme se perçoit dans des commentaires tel celui d'un ancien collaborateur médical « *Je pense avoir beaucoup appris (à Nant), techniquement peu, mais humainement beaucoup dans le secteur (est)...* ⁷⁹⁷ » Finalement, l'alliance des valeurs chrétiennes et de la psychanalyse s'est scellée parce que la psychanalyse à Nant est considérée comme une valeur et un humanisme.

3.1.1.3. La posture

Peu d'établissements sanitaires ont nommé leurs patients « hôtes ». Il y a derrière ce vocable un état d'esprit qui traduit le positionnement et l'ambition pour les fondateurs d'être au service de l'autre. « *Le Genévrier pouvait recevoir une vingtaine d'hôtes...* ⁷⁹⁸ » écrit Mme Oehninger, membre fondateur. Comme les fondateurs sont au service de Dieu, ils le sont au service des malades et de leurs collaborateurs. Ce positionnement est fondamentalement religieux. Nous y voyons l'exacte illustration des thèses de M. Weber sur l'éthique protestante. « *Ce n'est pas Dieu qui existe pour les hommes mais les hommes qui existent pour Dieu. Tout ce qui advient... prend son sens exclusivement en tant que moyen au service de l'autoglorification de la majesté divine.* ⁷⁹⁹ » Dans cet esprit, il s'agit d'accomplir son devoir religieux dans le travail quotidien «... *c'était le fait d'estimer l'accomplissement du devoir à l'intérieur des professions séculières comme le contenu le plus élevé que put revêtir dans l'absolu l'activité morale de l'individu. C'est là ce qui eut pour conséquence inévitable l'idée que le travail quotidien dans le monde revêtait une signification religieuse...* ⁸⁰⁰ » A cette lumière, la motivation et l'investissement total au quotidien est clair. Les fondateurs, puis leurs enfants ont œuvré dans le même sens. À ce

⁷⁹⁵ Interview Mme D. membre de l'équipe administrative

⁷⁹⁶ Interview Mme P. infirmière, ancienne collaboratrice

⁷⁹⁷ Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁷⁹⁸ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 3

⁷⁹⁹ Weber M. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Gallimard, Tel, Paris, 2003 p. 104

⁸⁰⁰ Weber M. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Gallimard, Tel, Paris, 2003 p. 71

titre, relevons que c'est la disponibilité indéfectible de M. J. C. Monney, infirmier-chef qui était joignable vingt-quatre heures sur vingt-quatre et habitait à proximité sur le site hospitalier. Il se déplaçait volontiers la nuit et le dimanche. Cette incroyable disponibilité était associée à ses évidentes compétences cliniques et c'est de ce fait qu'il n'a jamais eu d'isolement à Nant pour les patients agités qu'il contenait relationnellement par sa présence rassurante. Il avait appris cette manière de faire avec les fondateurs : «... *les fondatrices n'hésitaient pas à partager la chambre des malades angoissés ou suicidaires, ou même celle d'une démente pour l'aider à reprendre une vie plus humaine.* ⁸⁰¹ » C'est ainsi que se traduit pour eux l'exigence religieuse. « *Le Dieu du calvinisme réclamait des siens non pas des bonnes œuvres particulières, mais une sainteté par les œuvres érigées en système... La pratique éthique de l'homme du quotidien fut ainsi dépouillée de son caractère non planifié et non systématique et prit forme d'une méthode cohérente de la conduite de vie dans son ensemble.* ⁸⁰² » Sans cet esprit-là, une telle disponibilité n'est pas réalisable et si les compétences de M. Monney sont souvent évoquées à juste titre, rarement le couplage avec son engagement religieux est évoqué alors que ces deux dimensions sont indissociables. Être au service de Dieu de manière laïque est une dimension fondamentale du positionnement des fondateurs et de leurs enfants. L'exemplarité, la preuve par l'acte caractérisent ce soignant exceptionnel. Les suivants seront au plus des militants de la psychiatrie ou de la psychanalyse, et abandonneront cette dimension spirituelle.

Nous voyons également dans la posture des fondateurs un positionnement avant-gardiste dans le sens de construire une organisation pour répondre aux besoins des « clients » en introduisant celui-ci dans l'entreprise pour en faire un co-constructeur du produit ou du service final. Plusieurs dimensions se rejoignent : entrepreneuriales, religieuses et philosophiques.

Lorsque le Dr C. Miéville a posé son projet médical en 1973, en accord avec le projet de soins qu'avait déjà instauré M. J. C. Monney depuis 1958, ce dernier l'a mis au service de ce que souhaitait le nouveau médecin chef avec qui, comme nous l'avons relevé, c'était non seulement possible mais encore souhaitable. Nous pouvons considérer que chacun s'est mis au service de l'autre et du projet institutionnel. Nous retrouvons un des trois

⁸⁰¹ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 4

⁸⁰² Weber M. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Gallimard, Tel, Paris, 2003 p. 132-3

systèmes culturels de M. Nadot⁸⁰³ dans lequel le soignant (infirmier) est au service du médecin, les deux autres étant le patient et l'institution. Les thèses de M. Nadot mettent en évidence le rapport des soignants à l'institution. Le positionnement « d'être au service de » semble être un des piliers du prendre soin et pourrait inscrire de fait les soignants dans une logique « d'être au service ».

Pour suivre ses travaux et ceux de F. Walter⁸⁰⁴, le rapport du médecin à l'hôpital a un fondement totalement différent. L'entrée des médecins à l'hôpital est relativement tardive, au milieu du XIXe siècle d'après Walter⁸⁰⁵, jusque-là, il était un consultant. La psychiatrie fait figure de précurseur vu que Pinel a intégré l'asile en fin du XVIII^{ème} siècle. L'enracinement du médecin dans l'hôpital général est complètement différent et pourrait apporter une dimension explicative à son rapport à l'institution et sa manière d'être au service de celle-là. De prime abord, il est individualiste et très responsabilisé. Combien de fois ne constate-t-on pas que la majorité des médecins se servent de l'institution pour se former sans plus d'investissement institutionnel avant d'aller ouvrir leur consultation privée. Il n'en demeure pas moins qu'ils remplissent une énorme et indispensable tâche. Cette perspective de profession libérale appartient principalement aux médecins ce qui conditionne fortement leur rapport à l'institution, comme à l'inverse celui des soignants et gestionnaires.

« Être au service » est donc l'exemple même que les fondateurs ont montré, c'est une valeur fondamentale de la Fondation. Pour eux, être chrétien, c'est être au service de l'autre sans imposer ses propres vues comme le confirme le Prof. E. Gilliéron «... *Ce n'était un système d'inquisition. C'était l'anti-inquisition. Il y avait une tolérance, un respect extraordinaire.* »⁸⁰⁶ Ce positionnement rejoint parfaitement la posture du psychanalyste ou du soignant travaillant avec ce référentiel dans le sens de ne pas imposer un point de vue (relation d'impouvoir) mais de mettre en place un espace (cadre) pour que le patient/analysant puisse, à l'aide de son analyste, améliorer son fonctionnement

⁸⁰³ Nadot M. *Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline*, Perspective soignante, Paris, 13, 2002, pp. 29-86

⁸⁰⁴ Walter F. *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*, éd. Zoé, Genève, 1992

⁸⁰⁵ Walter F. *La proto-médicalisation de l'hôpital ou la définition d'une nouvelle spécialité durant la première moitié du 19^{ème} siècle*, In *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*, éd. Zoé, Genève, 1992, pp. 63-92

⁸⁰⁶ Interview du Prof. E. Gilliéron

psychique. Nous pourrions ajouter, pour suivre A. de Geus.⁸⁰⁷, que, si gérer consiste à créer un contexte favorable à la réalisation des tâches, c'est également une manière d'être au service de ceux qui les exécutent et c'est dans ce sens que les gestionnaires se sont positionnés à la Fondation. Il est difficile d'égaliser les fondateurs sur ces deux points mais ce positionnement a été suivi par la plupart des dirigeants qui leur ont succédé à commencer par M. J. C. Monney qui en est un illustre exemple par sa disponibilité constante et sans faille ainsi que son implication respectueuse de l'autre dans les soins aigus. « *L'essentiel se résume... à cette espèce de respect du patient et respect mutuel au sein du corps soignant.* »⁸⁰⁸ »

Nous pourrions citer le Dr H. d'Eggis qui doit être le seul médecin, à notre connaissance, qui ait refusé une augmentation de salaire pour soutenir la Fondation. Le Dr C. Miéville est également un exemple, il a su mettre en place une politique de soins basée sur les valeurs et le travail « communautaire » établi par les fondateurs. Il a donc apporté sa contribution contrairement à ses prédécesseurs qui ont tenté de changer de positionnement dans une approche très biomédicale pour le Prof Denber et très à distance (politique et planificatrice) pour le Dr Pinard, attitude que J. C. Monney résume très bien : « *... sur le plan médical, il n'a rien apporté du tout.* »⁸⁰⁹ » Quant au Dr de Coulon, nous estimons que sa contribution majeure a consisté à renforcer la référence à la psychanalyse. Il est le seul directeur médical à être psychanalyste patenté, membre de la société suisse de psychanalyse. D'autres psychanalystes ont travaillé à la Fondation mais pas au poste de directeur médical.

Du côté de la gestion, et au-delà de créer un contexte favorable à réalisation de soins, D. Mayer s'est beaucoup occupé à défendre l'autonomie de la Fondation, valeur originelle de l'établissement, ce qui est une autre manière d'être au service et, ce, d'autant plus que cette autonomie est la condition de mise en place de la philosophie des soins. Il a été le porteur et le vigoureux défenseur de cette valeur qui a été remise en question à plusieurs reprises lorsqu'il occupait la fonction de directeur administratif puis celle de directeur général. Il a été également un fin négociateur pour trouver les financements pour de

⁸⁰⁷ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 212

⁸⁰⁸ Interview du Prof. E. Gilliéron

⁸⁰⁹ Monney J. C interview du 13 février 2009

nouveaux projets ou pour défendre l'institution des coupes budgétaires dans le cadre des programmes d'économie.

Nous pouvons mettre dans cette rubrique les modalités de fonctionnement du Conseil de Fondation. En effet, les membres doivent siéger au Conseil à titre gratuit pour que la Fondation puisse être exonérée d'impôts. Ainsi, les membres sont au service de l'institution, il s'agit d'un engagement « citoyen » de leur part.

La valeur « être au service de » qui est un positionnement, une manière d'investir son champs d'action, se retrouve dans un cercle vertueux dans lequel chacun est au service d'un autre, le soignant pour le patient, le gestionnaire pour l'institution et les collaborateurs. Cette valeur montre une homologie, une même valeur traduite dans les différents champs de la pratique clinique et celle de la gestion.

3.1.1.4. Priorité à l'humain

Sans doute, la psychiatrie constitue-t-elle dans le panorama allant de la chirurgie à la médecine, la spécialité au caractère intangible le plus évident. La psychiatrie a toujours eu un problème pour montrer ce qu'est le soin psychiatrique, puisque son objet est invisible, « *médecine sans lésion... l'aliénation est restée désespérément sans contrepartie anatomique* ⁸¹⁰ ». Quelques phénomènes neurologiques ont été mis en évidence mais n'ont pas de caractère explicatif complet comme dans d'autres pathologies neurologiques tels que la maladie de Parkinson ou l'épilepsie. Dans le soin à proprement parler, à part quelques supports d'activités médiatrices, il se résume, dans sa dimension visible, en des espaces de rencontre ou des lieux de vie et des personnels qui sont la principale ressource en psychiatrie. C'est pourquoi elle « *reste plus proche des sciences humaines.* ⁸¹¹ » Dès lors, comment ne pas investir dans les hommes ? Les dirigeants de la Fondation ont dès le départ investi les personnels pour partager leurs valeurs ou leurs manières de faire et maintenir un faire-ensemble dans une cohérence reposant sur valeurs et plus tard sur une philosophie de soins. « *M. J. C. Monney, c'était dans l'esprit de famille et... je pense que M. Monney est quelqu'un (qui) s'intéresse à l'autre...* ⁸¹² » Il semble que cet intérêt pour l'autre fait véritablement partie de la culture familiale partagée par les autres membres

⁸¹⁰ Hochmann J. *Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie*, L'évolution psychiatrique, vol. 82, juillet/septembre 2017, p. 471

⁸¹¹ Hochmann J. *Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie*, L'évolution psychiatrique, vol. 82, juillet/septembre 2017, p. 471

⁸¹² Interview Antonella Divry

fondateurs. Il nous semble que ce positionnement est précisément celui d'un humaniste. L'humanisme se définit comme « *Attitude philosophique qui tient l'homme pour la valeur suprême et revendique pour chaque homme la possibilité d'épanouir librement son humanité, ses facultés proprement humaines.*⁸¹³ »

L'investissement dans les hommes et leurs compétences se montre, par exemple, dans la manière de garder les collaborateurs précieux. À certaines occasions, les responsables n'ont pas hésité à faire des propositions et des sacrifices. Par exemple, les fondateurs ont proposé au Dr E. Gilliéron qui souhaitait quitter Nant de rester à mi-temps avec le même salaire : « *On vous garde le même salaire mais on vous demande si vous êtes d'accord de continuer de faire le même travail à mi-temps, en poursuivant vos études.*⁸¹⁴ » Plus tard, les responsables ont fait une proposition équivalente à N. Duruz pour faire sa thèse de doctorat en psychologie. Ce dernier deviendra professeur de psychologie à l'université de Lausanne. M^{me} A. D., employée de l'administration, rapporte qu'elle s'est également faite financer sa formation de commerce : « *... c'est une formation qui dure... 3 à 6 mois mais je dois être absente de mon travail à 40 %... je dis que je vais financer moi-même cette formation mais, En revanche, au niveau salaire, je ne peux pas me permettre... il (J.C. Monney) ne m'a pas laissé finir ma phrase, il m'a dit : ne vous en occupez pas, allez faire votre formation, on vous paie à 80 %, vous venez travailler à 40 % et puis vous mettez de l'argent de côté pour faire des vacances avec votre petite.*⁸¹⁵ » M^{me} D. est actuellement responsable de l'ensemble de la facturation de la Fondation ; cet investissement s'est montré payant. Actuellement, cet investissement se voit dans l'important budget destiné à la formation des collaborateurs. De toute évidence, cette dimension est un élément de gestion des ressources humaines et des compétences.

Les compétences s'acquièrent notamment par la formation et l'encadrement. La Fondation a fortement investi ces deux champs. C'est un choix que l'on pourrait autant qualifier de clinique que de gestion dans le sens où, pour la pratique clinique, il s'agit d'avoir des collaborateurs compétents et d'un point de vue de pratique de gestion pour gérer le recrutement en attirant des collaborateurs par ce biais. La Fondation est reconnue pour les possibilités de formation qu'elle offre en interne et en externe. C'est

⁸¹³ <http://www.cnrtl.fr/definition/humanisme>, consulté le 20.01.17

⁸¹⁴ Interview du Prof. E. Gilléron

⁸¹⁵ Interview A. D.

une des raisons pour lesquelles les personnels y viennent travailler. Nous avons déjà relevé les nombreux séminaires internes auquel il faut ajouter la politique généreuse en termes de possibilités de suivre des formations externes ainsi que leur financement. Ce positionnement rejoint ce que prévoyait P : Drucker : « *L'actif le plus précieux de l'institution du XXI^e siècle sera... ses travailleurs du savoir et leur productivité.*⁸¹⁶ »

À ses débuts, à la Fondation, le paradoxe des compétences tient au fait que personnes n'avait vraiment de compétences en soins psychiatriques ce qui confirme la rupture établie dans l'approche des patients. Mais s'il n'y avait pas de compétences « techniques ou métier », il y avait, En revanche, de grandes « compétences » humaines pour « être avec » les patients et nouer des relations avec eux. « *Vous êtes au service des gens qui souffrent, vous devez entourer ces gens qui souffrent.*⁸¹⁷ » Cette idée de mettre une priorité à la compétence humaine s'est perpétuée : « *C'était une culture de la maison d'engager des gens qui avaient l'air d'être motivés. On s'en fichait de la spécialisation en psychiatrie... Il (l'infirmier-chef) cherchait des gens proches des patients...*⁸¹⁸ » Le projet de M. J.-C. Monney (infirmier-chef) semble assez clair : il s'agit de miser sur un potentiel humain sur lequel les compétences spécifiques peuvent s'acquérir. Ce positionnement garde toute sa valeur surtout actuellement où les formations initiales en psychiatrie que ce soit pour les soins infirmiers, l'ergothérapie ou autres professions soignantes n'existent plus. M. Monney était reconnu tant pour son humanisme et ses compétences cliniques que pour son soutien aux collaborateurs « *Il était très compétent. Il avait ce calme énorme... et une autorité naturelle... d'avoir des services ouverts, de mettre l'accent sur la relation thérapeutique... c'était beaucoup lui. Il devait freiner les élans sécuritaires chez les médecins... C'était la preuve (de sa compétence) par l'acte.*⁸¹⁹ » La question essentielle est la capacité des collaborateurs à s'impliquer dans des relations personnalisées avec les patients ce qui permet de rester dans une relation soignante et d'éviter de tomber dans la dérive sécuritaire. « *Au fond, ce qui permet de ne pas renouveler l'histoire sécuritaire, c'est d'oser porter un risque, c'est-à-dire de s'impliquer.*⁸²⁰ » Jusque dans les années quatre-vingt, l'acquisition de compétences se faisait principalement par son compagnonnage, son

⁸¹⁶ Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, p. 133

⁸¹⁷ Interview Mme P. infirmière, ancienne collaboratrice

⁸¹⁸ Interview Mme P. infirmière, ancienne collaboratrice

⁸¹⁹ Interview Mme P. infirmière, ancienne collaboratrice

⁸²⁰ Interview Mme P. infirmière, ancienne collaboratrice

tutorat et son exemple, avant qu'une réelle formation interne ne se mette en place dès 1985 et ne vienne la compléter, ce qui n'exclut pas la dimension du tutorat dans la pratique clinique. Dans le service de gestion, le choix des collaborateurs emprunte la même voie : la gestion participative en phase avec le modèle clinique appelle à des compétences humaines et relationnelles.

La compétence à la Fondation semble se situer sur la capacité à adhérer et à intégrer un modèle qui fut d'abord familial avant de devenir celui d'une référence à la psychanalyse. Comme nous l'avons relevé, le recrutement des soignants se faisait sur leur adhésion au modèle de fonctionnement « familial », l'esprit de la maison et leur capacité à assurer une présence auprès des patients sans plus d'ambition. Cette adhésion procurait et procure encore beaucoup de cohérence, levier très important de qualité des soins en psychiatrie, beaucoup d'interviewés le relèvent : « *Je pense que l'institution est forte parce qu'elle est cohérente.*⁸²¹ » «... *on sentait une prise en charge cohérente qui était faite selon les techniques du moment...*⁸²² » La compétence s'exprime à travers une vision et référence commune, la cohérence clinique, le tandem médico-infirmier dans un souci de bien faire. « *Oui, un souci de bien faire, ça c'est sûr.*⁸²³ » Ce référentiel donne sens et permet la professionnalisation du travail relationnel et d'accompagnement. « *On a pas mal lu, développé, réfléchi, théorisé et puis on a un truc qui tient debout aujourd'hui qui fait que quand je vois un collègue, j'arrive à leur expliquer ce qu'est un travail infirmier et puis d'expliquer une manière qui fait que ce n'est pas simplement être garde-malades et de s'occuper des patients.*⁸²⁴ » La référence à un modèle semble être un point particulièrement central et fort qui donne une certaine solidité. « *C'est une institution qui, contre vent et marrées, arrive à conserver quelque chose qui n'est plus la chose la plus pratiquée dans les institutions, c'est-à-dire l'approche psychodynamique.*⁸²⁵ »

Les compétences ne sont pas seulement cliniques mais aussi managériales « *ce qui est requis ce sont des rôles, des compétences pour des rôles qui ne sont pas cliniques.*⁸²⁶ » C'est ce que relève un membre de l'équipe logistique qui compare avec son ancien emploi :

⁸²¹ Interview M.M. cadre infirmier

⁸²² Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁸²³ Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁸²⁴ Interview M.M. cadre infirmier

⁸²⁵ Interview Dr M. médecin chef de service

⁸²⁶ Interview M. D. consultant

« *C'est extrêmement bien géré, les gens sont bien entourés.* ⁸²⁷ » De plus, il existe également une compétence « organisationnelle » dans le sens d'apporter un environnement propice aux collaborateurs et au déploiement de leurs compétences : «... *l'institution est capable de faire un holding*⁸²⁸ *des gens qui travaillent.* ⁸²⁹ » c'est-à-dire de leur donner le cadre nécessaire à leur développement ce qui rejoint le propos de Geus que nous avons déjà relevé : gérer c'est « *créer un contexte.* ⁸³⁰ » L'homologie sur l'environnement propice est ici claire et directe.

3.1.1.5. La force de la faiblesse : la collaboration comme passage obligé

Il faut être utopiste pour oser entreprendre - et il fallait que les fondateurs le soient - la création d'un établissement psychiatrique en pleine Deuxième Guerre mondiale et en total décalage avec les modes de faire de l'époque. Entreprendre, c'est vraiment le champ de la pratique de gestion et en même temps c'est une entreprise au service d'un projet philanthropique (clinique), pratique de gestion et pratique clinique sont bien encadrés l'une dans l'autre. L'utopie ne fait pas bon ménage avec la réalité et pourtant, elle leur réussit. Les fondateurs ont trouvé, probablement naïvement, le juste créneau au bon moment et il fallait faire preuve d'un certain aveuglement pour oser avant de réussir. Comme le souligne M. Twain : « *Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait... Tout ce dont nous avons besoin pour réussir dans la vie est l'ignorance et la confiance.* ⁸³¹ »

Paradoxalement, c'est dans un manque de contact avec les réalités environnantes, c'est-à-dire dans une ouverture totalement différente, qu'ils trouvent ce qu'il faut. Il fallait une rupture pour créer quelque chose de nouveau et cette rupture a été possible grâce leur fonctionnement circonscrit dans la dissidence du protestantisme local mais dans le lien avec l'autre et l'environnement basé les valeurs qui les habitent.

L'esprit d'ouverture s'inscrit à Nant comme un apparent paradoxe. D'un côté, les fondateurs étaient plutôt fermés sur leurs convictions et valeurs religieuses ainsi que sur leur réseau chrétien et, d'un autre, ils composaient avec l'environnement en saisissant les

⁸²⁷ Interview M. B. membre de l'équipe logistique

⁸²⁸ Holding : terme introduit par Winnicott pour l'enfant et par extension pour désigner un environnement sécurisant et facilitant

⁸²⁹ Interview de Mme S. psychologue, ancienne collaboratrice

⁸³⁰ De Geus A. *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 212

⁸³¹ Mark Twain, cité In Le Temps, *Le pouvoir de l'ignorance au travail*, 21.09.2017, p. 17

opportunités qui se présentaient et en faisant jouer chrétienté et médecine. Il faut également relever qu'ils recevaient n'importe quel « hôte » sans distinction religieuse ou discrimination. Les fondateurs ne voulaient pas d'opposition entre église et science ce qui représente une certaine ouverture. Ils ne restaient pas enfermés dans leur croyance pour une unique certitude mais voulaient collaborer et donc s'ouvrir aux autres, tout en gardant leur conviction. Cet apparent paradoxe montre plutôt que c'est par appui sur le socle des valeurs intangibles qu'ils ont bâti leur ouverture, à l'instar du duo tradition-innovation. Nous insistons sur ce point essentiel qui est souvent mal compris et induit une confusion : les valeurs ont joué un rôle de fondement de pont et non pas celui d'un mur qui isole. Pour ce faire, dans un premier temps, ils ont beaucoup œuvré dans leur réseau chrétien en trouvant des psychiatres chrétiens : la Dre de Seret ou le Dr Audéoud ce qui était une manière d'associer ouverture à la science (médicale) et respect de leurs valeurs.

Plus tard, lorsque le Dr E. Gilléron, qui n'avait aucune connexion avec le réseau chrétien, est arrivé comme médecin assistant (interne), les fondateurs, et notamment M^{me} C. Oehninger se sont très bien entendus avec lui. Preuve en est qu'ils lui ont demandé s'il ne voulait pas reprendre la direction médicale après le départ du Dr d'Eggis quelques années plus tard. Mais devant la menace de perdre ce collaborateur, le Prof. P. B. Schneider lui a rapidement créé un poste de professeur pour le garder dans son service. Les fondateurs ont développé avec lui une complicité certaine dont les racines restent religieuses pour les fondateurs à l'exemple de son engagement vers 1958 «... *Il y eu des changements radicaux qui se sont produits au cours des années où j'étais là-bas... (pour l'engagement) nous avons longuement discuté et à la fin de cette discussion, elle m'a dit : téléphonez-moi demain et on va prier... (le lendemain) Ecoutez, on a prié et c'est Dieu qui vous envoie.*⁸³² » Le prof. E. Gilliéron est resté plus de trois ans et en garde un très bon souvenir dans une approche humaniste et performante : « *Quand je suis arrivé à Cery (hôpital psychiatrique universitaire vaudois), c'était un choc... il y avait une inertie... c'était très lourd pour pas grand chose parce que finalement on faisait un aussi bon travail à Nant qu'à Cery, ça c'est sûr.*⁸³³ » Probablement que l'esprit d'ouverture venait du manque de connaissance de la psychiatrie des fondateurs qui les obligeaient ainsi à travailler avec d'autres en dehors de leur cercle chrétien. C'est en quelque sorte cette faiblesse qui en a été le moteur d'une indispensable ouverture dont ils ont su s'aménager. Cette faiblesse peut être vue comme

⁸³² Interview du Prof. E. Gilliéron

⁸³³ Interview du Prof. E. Gilliéron

une certaine force car elle contraint à faire des alliances et donc à s'ouvrir. Malgré une certaine naïveté, ils étaient conscients de leurs limites et ne se sont pas butés ou arrêtés à leurs convictions religieuses comme seule explication de la maladie mentale et levier de traitement.

Plus tard, il y a deux moments où la Fondation a dû se positionner, faire preuve d'ouverture et nouer des alliances pour saisir des opportunités et assurer sa pérennité. La première se passe en 1968 quand la Fondation doit décider de prendre le mandat d'hôpital du secteur de l'Est vaudois. Cette proposition est acceptée malgré que le médecin chef et le Président du Conseil s'y opposent. Dans la même veine, en 1984, la deuxième opportunité se présente : le Service de la Santé Publique demande à la Fondation de reprendre « ses » unités ambulatoires pour que le secteur est vaudois soit une seule institution, ce qu'elle accepte. Ces choix stratégiques ont été essentiels à la survie de l'institution qui a su se saisir des opportunités et s'adapter à son environnement.

La politique d'anticipation est présente dans le Conseil de Fondation à l'occasion du projet de construction de la nouvelle clinique. En effet, les membres proposent de devancer les plans de l'État et de faire de propositions qui conviennent à chaque partie : « *Il faut offrir quelque chose et devancer leur plan.* ⁸³⁴ » propose le Comité Directeur. La politique d'anticipation se formalisera plus précisément avec le premier positionnement stratégique démarré en 1996 qui proposera des options qui se révéleront judicieuses telles qu'une forte inscription régionale ou une collaboration accrue avec les institutions sanitaires⁸³⁵, principalement celles du secteur. Le positionnement stratégique sera remis à jour régulièrement avec son plan d'actions.

Ces actions parlent en faveur d'une attitude proactive de la Fondation. Une action proactive à relever est la signature d'une convention avec la sécurité sociale française en 1963 assurant le financement des frais d'hospitalisations des ressortissants français. Ce positionnement s'est inscrit de façon systématique dans toutes les négociations avec le Service de la Santé Publique, notamment au moment de la négociation du budget puis avec le nouveau financement dans le cadre du contrat de prestations pour les Prestations d'Intérêt Général (PIG, sic). Nous pouvons inclure également les démarches auprès des centres de formation infirmière en 1967 avec les écoles de Bois Cerf et de Saint Loup pour

⁸³⁴ PV Comité Directeur du 3 mars 1971

⁸³⁵ Plan stratégique Fondation de nant, Pioneer, E. Revaz, 1998, document interne

ouvrir des stages. Concernant le personnel infirmier, il faut relever que Nant a toujours fait preuve d'ouverture aux diplômés en soins généraux qui avaient peine à trouver des emplois en psychiatrie. Contrairement aux autres établissements, M. Monney mettait en priorité la personnalité et la motivation des personnels avant la formation, les qualités personnelles ne pouvant s'acquérir par formation contrairement aux connaissances et compétences psychiatriques.

Il nous semble également pertinent de relever la pro-activité dans les projets non financés qui ont, malgré cela, quand même démarré à l'instar de la formation des responsables médico-infirmiers de la future unité de traitement des addictions en 1998 ou du projet de réaménagement de l'hôpital adulte en 1996. Sans en faire la liste exhaustive nous pourrions citer les projets de collaborations avec l'hôpital somatique pour le travail de réseau ou les traitements de crise. Il nous semble que cette attitude proactive fait partie de la culture de la Fondation. « *La culture relève du management stratégique de l'entreprise.* ⁸³⁶ »

Relevons enfin que cette attitude de pro activité rejoint celle de la clinique (homologie). En effet, pour les patients les plus démunis, il n'est pas envisageable d'être en position d'attente d'une demande de leur part. Souvent, non conscients de leurs troubles et des possibilités d'être aidés, ils ne demandent rien directement, il est donc évident qu'il faut être proactif. Ce positionnement rejoint celui d'« être au service » comme posture transverse pour l'ensemble des collaborateurs de la Fondation.

3.1.2. Le rôle central de la relation

3.1.2.1. Dans les approches médicales

D'un point de vue médical, les années soixante consolident la professionnalisation des soins avec une psychiatrie très classique qui s'accommode facilement de l'esprit de Nant et ses pratiques de soins. Le médecin se chargera principalement des prescriptions médicales (médication et autres traitements médicaux), laissant aux soignants la gestion de l'hôpital. Le Dr d'Eggis, médecin chef dira dans un rapport annuel « *la forme de service qu'ont choisi les fondateurs : créer autour du malade nerveux un climat chaleureux, rassurant, fraternel au sens chrétien du terme, est celui même qui vise à l'attitude*

⁸³⁶ Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, p. 57

psychothérapeutique idéale.⁸³⁷ » Quelques années plus tard, le Dr C. Miéville tiendra presque les mêmes propos pour affirmer qu'il y a une grande compatibilité entre les pratiques des fondateurs et l'approche psychodynamique. « *Une conception résolument psychodynamique des troubles psychiques a fait faire à l'hôpital un bond en avant dans la voie tracée au départ par ses fondateurs, celle de la tolérance, du respect humain et de l'efficacité*⁸³⁸. » Il est cocasse de savoir que ces deux psychiatres avaient une approche différente, voire opposée et que les valeurs et la tradition humaniste de Nant arrivaient à concilier.

L'arrivée de la psychodynamique en 1973, autrement dit la psychanalyse, à la Fondation de Nant est une étape significative qui donne entièrement raison au Dr Miéville dans le sens d'un bond en avant. Il semble que ce soit l'approche la plus compatible avec l'esprit du lieu dans une vraie professionnalisation globale de l'ensemble du corps soignant. La Fondation a bien travaillé avec le Dr d'Eggis, mais il n'y a pas eu un vrai projet global ou médical pendant cette collaboration, il a plutôt apporté ses prestations médicales en complément aux soins donnés. Ainsi, il semble plutôt que ce premier chef, malgré sa présence sur le site à mi-temps, travaillait plutôt comme un consultant, à l'image des précédents psychiatres consultants. Rappelons qu'avant le Dr Miéville deux autres psychiatres ont officié en qualité de médecin chef, le Prof. Denber et le Dr Pinard. Le premier était un psychiatre biologiste pur et dur qui est resté trois mois avant d'être mis à la porte : « *Au fond, on l'a viré* » nous l'affirme M. J.-C. Monney. Au-delà de la personnalité particulière de ce médecin, Nant ne semble donc pas compatible avec une approche purement biologique et autoritaire. Le Dr Pinard s'intéressait plus aux questions de planification de santé publique qu'aux patients. « *Il faisait de grands rapports à la santé publique pour réorganiser les choses et dénoncer ce qu'il manquait. Sur le plan médical, il n'a rien apporté du tout. C'était un gestionnaire qui n'avait pas d'étiquette médicale si ce n'est que c'était un organiciste pur et dur... il a vite renoncé*.⁸³⁹ » Encore une fois, l'abord purement biologique ne colle pas et pas plus avec quelqu'un qui n'investit pas la clinique. Notons que si pour les médecins, ou les soignants, il n'y a pas d'adhésion aux valeurs et au modèle de soins, il n'y a pas de « salut » et ceci est également vrai pour la pratique de

⁸³⁷ Dr H. D'Eggis, Rapport annuel 1967

⁸³⁸ Dr C. Miéville, conseil de Fondation du 26 juin 1974

⁸³⁹ Monney J. C interview, le 13.02.2009

gestion compte tenu du fait qu'il ne peut y avoir un modèle de gestion en rupture avec les valeurs, les liens et ce sur quoi la philosophie des soins impacte les modes de gestion.

C'est M. J. C. Monney qui est allé chercher le Dr Miéville qu'il connaissait alors qu'il était médecin généraliste et consultant à ce titre à Nant dans les années cinquante. Il était très apprécié pour son pragmatisme et son respect, la question de l'école de psychiatrie n'était pas un critère de sélection. « *On cherchait un psychiatre et on ne se préoccupait pas de savoir s'il était systémicien, organiciste ou autre.* ⁸⁴⁰ » Ce qui importait à ce moment était de trouver un psychiatre dont l'approche serait compatible avec les pratiques soignantes et les valeurs de Nant. Il n'y a pas eu d'intention de trouver un psychodynamicien mais c'est cette approche qui s'est avérée compatible dans une suite logique de professionnalisation de l'existant. Ainsi, nous pouvons comprendre cette compatibilité comme un prolongement dans une dimension plus professionnelle des pratiques et valeurs de l'institution. Si nous pouvons créditer une telle hypothèse, nous pouvons également considérer dans un autre sens que la psychanalyse est une valeur et non seulement une référence théorique vu qu'elle consolide et donne une dimension supplémentaire par professionnalisation à l'approche selon les valeurs des fondateurs.

Ce référentiel est fondé sur un travail relationnel qui est précisément la base du travail communautaire que les fondateurs ont instauré. Cette dimension relationnelle est double : la dimension individuelle et la dimension groupale ou communautaire. Cette dernière s'applique au travail d'équipe dans lequel chacun a un rôle et donc quelque chose à dire par rapport à cela. « *Le respect de la personnalité de nos malades nous fait insister sur la relation thérapeutique plus que sur la psychopharmacologie. Cette orientation entraîne une grande implication personnelle qui doit se manifester dans la compréhension, la tolérance, la communication. Dans cette optique, nous avons renoncé aux colloques hiérarchisés et impersonnels d'avant au profit des colloques d'équipe, pluridisciplinaires, où chacun a la liberté de s'exprimer.* ⁸⁴¹ » Ce positionnement montre l'esprit dans lequel les équipes travaillent de manière interdisciplinaire et qui rentre complètement dans l'esprit des fondateurs qui ont fait équipe depuis le début de l'aventure avec une grande collégialité. Ce faire-ensemble du début prend avec l'arrivée du Dr Miéville une dimension clinique dans une référence théorique : il existe un cadre pour le faire-ensemble clinique.

⁸⁴⁰ Interview de J. C. Monney, fils des fondateurs et infirmier chef de 1958 à 1996

⁸⁴¹ Dr Cl. Miéville, *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source n° 11, nov. 1974, pp 4-8

Il faut ajouter que cette collaboration se fait dans la complémentarité des rôles distincts où chacun a son autonomie. « *J'avais une grande liberté d'organiser le travail et il (Dr Miéville) comptait sur nous car il ne voulait pas venir mettre ses pieds dans l'organisation des soins*⁸⁴². » Ce positionnement est très cohérent avec la référence théorique qui est une stratégie et fait la promotion de l'autonomie et du respect des acteurs.

3.1.2.2. Dans les approches managériales

Depuis sa création en 1943, la Fondation de Nant a été connue et reconnue en priorité pour sa philosophie de soins qui se base sur la relation et fonde son identité. À ses débuts, ce sont les valeurs chrétiennes qui tiennent le devant de la scène. En effet, elles sont à la base du projet des fondateurs très engagés religieusement. M^{me} C. Oehninger définit six caractéristiques du projet initial dont la deuxième est : « *Ouvrir une maison dans laquelle la foi puisse être alliée à la médecine en vue de la guérison des malades.* ⁸⁴³ » Ce positionnement très clair et très fort va contribuer fortement à forger l'identité de l'établissement dans un positionnement de faire-ensemble : foi et médecine et constituer sa clientèle. Cette alliance va aller jusqu'à concilier valeurs chrétiennes et psychanalyse, ce qui n'est pas donné d'emblée. Il est redevable au projet clinique du Dr C. Miéville qui est en phase avec les fondateurs et donne la dimension clinique du faire-ensemble fondé sur les relations entre les personnes dans une optique psychodynamique. Mais il ne fait pas oublier un préalable essentiel, le faire-ensemble a pour origine le groupe des fondateurs qui font équipe sans qu'un chef soit désigné et qui règlent leurs problèmes ensemble de façon collégiale. La collégialité est une référence originelle.

Faire-ensemble est donc une caractéristique de la Fondation, un trait de la culture institutionnelle de l'équipe des fondateurs jusqu'aux équipes actuelles, «... *à Nant il y a quelque chose d'extraordinaire dans la collaboration...*⁸⁴⁴ ». C'est ce qu'affirme également un cadre infirmier : « *Je trouve qu'il y a une excellente collaboration... cette espèce de respect mutuel... il n'a y aucun problème (avec le médecin chef) on est dans un tandem...* ⁸⁴⁵ » Une psychothérapeute confirme : «... *on s'appuyait les uns sur les autres, du respect, beaucoup de respect.*⁸⁴⁶ » Cette affirmation est validée par un psychiatre qui, en travaillant

⁸⁴² Interview de J. C. Monney, fils des fondateurs et infirmier chef de 1958 à 1996

⁸⁴³ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 1

⁸⁴⁴ Interview Dr RU, médecin chef de service

⁸⁴⁵ Interview M.M. cadre infirmier

⁸⁴⁶ Interview de Mme S. psychothérapeute, ancienne collaboratrice

ailleurs, peut comparer : « *La collaboration se passait beaucoup mieux à Nant, enfin dans le secteur est qu'ici à X... j'ai le souvenir d'une ambiance agréable, en tout cas, une bonne collaboration* ⁸⁴⁷ » A cela s'ajoute la confiance réciproque « *Entre nous (médecin et infirmier), il y avait une espèce de confiance mutuelle... D'ailleurs, cela m'a compliqué la vie par après parce que je n'ai pas retrouvé ce genre de rapport dans d'autres institutions.* ⁸⁴⁸ » Ce même professeur va jusqu'à qualifier la relation avec l'infirmier-chef de « *relation de couple (du fait) des liens très amicaux qui s'étaient noués.* ⁸⁴⁹ » Pour compléter, il souligne la synergie : « *Il (l'infirmier-chef) était dans son rôle mais il m'aidait à remplir le mien. Une complémentarité qui indiquait de sa part qu'il avait énormément de maturité...* ⁸⁵⁰ » La collaboration n'est pas seulement inscrite dans la clinique mais également entre clinicien et gestionnaires : « *... Il y a une musique produite ensemble. C'est une musique où la gestion et la clinique font ensemble.* ⁸⁵¹ » Et un membre de la logistique d'ajouter : « *Tout le monde est dans le même train et on avance tous ensemble... tout le monde participe...* ⁸⁵² » Vu de l'extérieur, ce faire-ensemble entre pratique clinique et pratique de gestion semble être un acquis « *... vous êtes en train de développer la vitalité de cette organisation en intégrant la gestion et la clinique, c'est ça qui va faire que cette institution va continuer à être vraiment en vitalité.* ⁸⁵³ » Le faire-ensemble apparaît comme intégré dans le mode opératoire de l'institution.

Ce faire-ensemble clinique va prendre le devant de la scène. Cependant, n'oublions pas qu'en même temps les cliniciens travaillaient de concert avec les gestionnaires : « *On ne fait rien sans argent* » répétait le Dr Miéville. Il va sans dire qu'à ses débuts, les fondateurs faisaient équipe et géraient l'ensemble de l'institution, de la clinique aux finances à l'image de l'hôpital d'avant la colonisation médicale. Le faire-ensemble est une pratique et une valeur qui se professionnalise à l'occasion de l'arrivée du Dr Miéville et qui fait sa force. À l'occasion de l'inauguration du nouveau bâtiment hospitalier en 1967, la presse ne manquera pas de relever cet esprit d'équipe. « *Les dirigeants veulent maintenir un cadre*

⁸⁴⁷ Interview Prof. P. Bovet, professeur de psychiatrie, ancien collaborateur

⁸⁴⁸ Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁸⁴⁹ Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁸⁵⁰ Interview Prof. E. Gilléron, Prof. de psychiatrie, ancien collaborateur

⁸⁵¹ Interview Dr RU, médecin chef de service

⁸⁵² Interview M. B., membre de l'équipe logistique

⁸⁵³ Interview M. D. consultant

ouvert... Une collaboration étroite règne entre les médecins et le personnel médical, car tous épris du même idéal⁸⁵⁴. »

Au moment où les questions financières deviendront cruciales au début des années nonante, le rôle de la gestion va être plus évident et sortir de l'arrière-scène. C'est D. Mayer, arrivé en 1987 pour succéder à M. W. Favre, qui va prendre les rênes de ce challenge qu'il porte : intégrer la pratique clinique et la pratique de gestion. Autrement dit, il s'agit de redéfinir un faire-ensemble dans lequel les préoccupations de la gestion doivent être beaucoup mieux prises en compte. Nous considérons ce défi comme une nouvelle traduction de la valeur « faire-ensemble » notamment entre pratique clinique et pratique de gestion. Le premier travail concret de cette ambition sera l'étude Aleph (1996) concernant l'information clinique et la formalisation des processus cliniques qui aboutiront en 2000 à la certification ISO 9001-2000. Ce travail s'est fait dans une concertation globale dans des espaces de rencontre et une dynamique relationnelle. D'autres éléments contribuent à ce faire-ensemble, à commencer par un changement statutaire par lequel la direction passe d'un médecin directeur à une direction bicéphale avec le directeur médical et administratif. Cette direction deviendra tricéphale quelques années plus tard (1997) avec la nomination d'un directeur des soins. Il s'agit de la transformation du poste d'infirmier-chef général à celui de directeur des soins selon les vœux du Conseil de Fondation.

Cette structure organisationnelle changera en 2005 avec la nomination d'un directeur général auquel est subordonné la direction médicale et des soins. Cette évolution aura beaucoup d'impact sur le faire-ensemble dont l'élément le plus saillant, à notre avis, sera la difficulté de stabiliser le poste de directeur médical qui connaîtra en 10 ans trois différents directeurs et deux intérimaires. Au vu de cette difficulté, nous pouvons nous interroger sur la pertinence, ou du moins sur l'impact, d'un tel changement organisationnel face au faire-ensemble.

3.1.2.3. Dans l'enracinement avec l'histoire

Pour les collaborateurs, l'enracinement dans l'histoire institutionnelle est perceptible. La connaissance de la construction des modes de faire les intéresse depuis ses origines historiques jusqu'à nos jours : Pour ce faire, il existe plusieurs figures de la transmission

⁸⁵⁴ Feuille d'avis de Vevey, 23 septembre 1967

de la mémoire institutionnelle, à commencer par l'histoire propre de l'institution : « *La présentation (de l'histoire de l'établissement) faite aujourd'hui dans la séance d'accueil aux collaborateurs est très importante parce que c'est quelque chose qui se transmet... il ne faut pas oublier les ancêtres.*⁸⁵⁵ » Mais il existe également une transmission plus relationnelle qui transmet le positionnement « *... le passé de l'institution est présent parce qu'il fait partie de moi... et j'y attache de l'importance.*⁸⁵⁶ » Et il se traduit par exemple comme suit : « *... J'en suis reconnaissante (de ce que j'ai reçu) et je reproduis aussi quand j'engage quelqu'un et que je dois former, je reproduis la même patience.*⁸⁵⁷ » La transmission de la mémoire institutionnelle, c'est également celle de la politique des soins et des valeurs associées mais avec une adaptation permanente qui assure sa pérennité « *... chaque mouvement évolutif au sein de la Fondation, c'est une réinterprétation de cette intention initiale.*⁸⁵⁸ » La transmission intergénérationnelle n'a pas échappé au sociologue : « *... c'est quelque chose qui se transmet d'une personne à l'autre et il y a beaucoup d'intergénérationnel.*⁸⁵⁹ » Nous voyons encore une dimension substantielle de cette transmission par les nominations prioritairement de collaborateurs internes aux postes de cadres. C'est une manière de contribuer à une certaine continuité des modes de faire et à leur pérennité.

Le programme de formation de Nant⁸⁶⁰ propose de nombreux séminaires dans l'axe qui correspond à sa philosophie de soins. Dans les trois orientations possibles pour leur formation à la psychothérapie⁸⁶¹, Nant est un lieu de formation reconnu pour l'axe psychanalytique qui est enseigné dans ses séminaires et déployé dans la clinique. Un certain nombre de ceux-ci sont adressés à l'ensemble des collaborateurs dans l'objectif de favoriser une pensée et une référence commune. Ce programme de formation est un levier important pour assurer la pérennité de sa politique de soins et de ses valeurs. Elle est complétée par les possibilités d'encadrement et de supervision qui servent à intégrer cette philosophie de soins dans la pratique clinique et contribuent à sa pérennité. Elle est également promue dans les enseignements en dehors de l'institution et par les écrits des collaborateurs. Il existe un encouragement à le faire : dans le règlement des revenus

⁸⁵⁵ Interview Mdp, membre de l'équipe de gestion

⁸⁵⁶ Interview D. membre de l'équipe administrative

⁸⁵⁷ Interview D. membre de l'équipe administrative

⁸⁵⁸ Interview M.D. consultant

⁸⁵⁹ Interview Prof. S. sociologue

⁸⁶⁰ <http://www.nant.ch/formation/formation-continue.html>, consulté le 14.01.2017

⁸⁶¹ <http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp-iup-guide-oct2015.pdf>, consulté le 14.01.2017

accessoires⁸⁶², il est précisé que les collaborateurs sont encouragés à donner de la formation et faire des interventions et des publications dans des colloques ou journées scientifiques et que le temps de préparation et d'intervention sont pris sur le temps de travail. De plus, le défraiement est reversé aux collaborateurs et, une fois par année, le Direction décide d'attribuer un montant aux collaborateurs qui ont fait des interventions et publications s'ils n'ont pas été rétribués pour cela.

L'identité des personnes, comme celle des organisations, est individuelle et se construit progressivement, elle est l'aboutissement d'une histoire singulière. Concernant les institutions, l'identité se traduit dans la culture d'entreprise. «... *les entreprises, du fait de leur réalité humaine, sociale et historique, génèrent leur propre culture.* ⁸⁶³ » Elle comprend ses références (idéologie intrinsèque) et ses codes ou encore ses modes de faire qui détermine une culture d'entreprise. Le CNRTL définit la culture comme « *Qualité, compétence que la possession d'un savoir étendu et fécondé par l'expérience donne... à une société dans un domaine de connaissances particulier, à une époque ou dans un lieu déterminé.* ⁸⁶⁴ » Dans cette définition ressort clairement l'idée du construit dans le sens d'un savoir intégré et fondé sur l'expérience. La culture se transmet et se vit de l'intérieur, « *La culture s'exprime implicitement sans qu'on s'en rende compte.* ⁸⁶⁵ ». En venant travailler à Nant les collaborateurs sont encadrés, reçoivent de l'enseignement mais vivent tous ces éléments de l'intérieur, la culture se vit et s'expérimente. C'est un facteur de cohésion interne important, un liant qui se joue dans l'interstitiel.

La transmission de la mémoire de l'entreprise a un lien direct avec la culture, « *La culture trouve son origine dans l'histoire de l'entreprise...* ⁸⁶⁶ ». La mémoire institutionnelle permet de donner sens à la culture, à l'enraciner dans ses origines. C'est important parce qu'elle conditionne les options pour le futur « *La culture a un immense mérite : faire prendre conscience que le passé influe sur le fonctionnement présent, structure nécessairement les orientations futures.* ⁸⁶⁷ » Ainsi, à la Fondation la mémoire de l'entreprise repose fortement sur les soignants et ce, non seulement parce qu'il existe une forte tradition

⁸⁶² Document interne validé en Direction

⁸⁶³ Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, p. 11

⁸⁶⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/culture>, consulté le 15.01.17

⁸⁶⁵ Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, p. 15

⁸⁶⁶ Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, p. 33

⁸⁶⁷ Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, p. 42

soignante, mais surtout parce que certains soignants ont une très longue « durée de vie institutionnelle ». À cet égard, le premier infirmier-chef a œuvré pendant trente-huit ans et nous-même (successeur) sommes en poste depuis trente ans alors que les médecins chef ou directeur médicaux ont jusqu'à maintenant une longévité maximale de seize ans et ils sont beaucoup plus nombreux (sept). Les gestionnaires sont les nouveaux venus (trois), mais le premier directeur général est resté en poste vingt-cinq ans, ce qui le rapproche des infirmiers chefs sur la longévité. Comme nous l'avons déjà relevé, soignants et managers ont des points communs dans leur rapport à l'institution et leur implication à porter et transmettre la culture de l'entreprise. Relevons que le programme d'introduction des nouveaux collaborateurs infirmiers, comprend un volet historique de l'établissement qui sera exposé à l'ensemble des nouveaux collaborateurs récemment. L'intérêt pour l'histoire présente une homologie avec la clinique : pas d'identité sans histoire du sujet et pas de traitement sans prise en compte l'histoire de la personne dans une approche psychodynamique.

3.2. Quand clinique et gestion se rejoignent

Qu'il y ait homologie entre géométrie du coffret et la psychologie du secret, c'est ce qui n'a pas besoin, croit-on, de longs commentaires. Les romanciers parfois notent cette homologie en quelques phrases. »

Bachelard, Poét. Espace, 1957, p. 86

Reste à savoir pourquoi tous les mythes ne correspondent pas à des rites, et inversement ; pourquoi cette homologie n'est démontrable que dans de très petits nombres de cas ; enfin et surtout, quelle est la raison de cette étrange duplication ?

Lévi-Strauss, Anthropologie structurale, 1958, p. 257

Issu des mathématiques de la Renaissance (en particulier de la géométrie de la perspective), le concept d'homologie a été accaparé dès le XIXe siècle par d'autres domaines du savoir, notamment la chimie, l'anthropologie et la biologie de l'évolution.

On comprend aisément qu'à partir de ce point de vue, l'usage du concept se soit multiplié, pour ce qui est des sciences sociales, dans les années 1960, lorsque la notion de structure a été annexée, souvent avec excès, pour fonder ou refonder « scientifiquement » les disciplines.

L'homologie fait en effet partie de ces concepts intimement liés à la science moderne, soucieuse de dévoiler des mécanismes, des lois, des parentés « profondes » insoupçonnables à l'œil nu, mais plus causales ou plus solides que les épiphénomènes « de

surface », ce à quoi sont également attachées par des moyens différents, gestion et psychanalyse⁸⁶⁸.

Lorsqu'on reconstitue les structures sous-jacentes aux pratiques, le monde peut apparaître comme une sorte de redondance ou de réplication à l'infini de quelques structures élémentaires : une vaste série d'homologies.

Chez Roland Barthes, par exemple, le concept peut autant servir d'argument diplomatique que de clé théorique majeure. Au titre de la diplomatie disciplinaire, son « *Introduction à l'analyse structurale du discours* ⁸⁶⁹ » affirme ainsi qu'il existe une homologie entre organisation de la phrase, objet grammairien, et celle du discours comme ensemble de phrases, objet linguiste : elles sont constituées par les mêmes règles mais chacune possède sa réalité propre, irréductible à l'autre. « *Il est donc légitime de postuler entre la phrase et le discours un rapport « secondaire » - que l'on appellera homologique, pour respecter le caractère purement formel des correspondances.* ⁸⁷⁰ »

Si la relation d'homologie permet de tenir à la fois l'autonomie relative de chacun de ces ordres de réalité et leur rapport de détermination, elle a aussi une autre fonction théorique au sein du modèle des champs d'analyse structurale : elle intervient non seulement à l'intérieur, mais *entre les champs* (circulation d'un agent à l'autre, transaction entre deux agents situés dans des champs différents, échange de biens ou de services, transfert de croyance, alliance politique...).

D'autres usages du concept, plus durables, réintègrent une dimension expressive, c'est-à-dire l'idée qu'il y a correspondance entre deux systèmes, que l'un exprime l'autre et que tous les deux expriment une origine commune. C'est particulièrement cette dimension qui nous intéresse.

L'homologie, dont l'étymologie, *homo*, désigne ce qui est semblable, est un terme précisément défini en mathématique, en biologie ou en géométrie, elle est donc contextuelle. Utilisée dans notre contexte, nous entendons par homologie entre pratiques

⁸⁶⁸ ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/155-homologie

⁸⁶⁹ Barthes R. *Introduction à l'analyse structurale des récits*, In *Communications*, 8, 1966, Recherches sémiologiques : l'analyse structurale du récit

⁸⁷⁰ Barthes R. *Introduction à l'analyse structurale des récits*, In *Communications*, 8, 1966, Recherches sémiologiques : l'analyse structurale du récit, p. 4

cliniques et pratique de gestion, une, ou des caractéristiques, de certains éléments ou ensembles qui sont semblables, qui présentent une parenté ou encore qui sont à l'image de l'autre. Il s'agit de points de concordance, de proximité ou de logiques analogues.

P. Picq met en évidence une homologie entre les théories de l'adaptation et de l'évolution de Lamarck et Darwin et l'entreprise : « *Plus qu'une analogie, il s'agit de relation au monde et au changement profondément inscrite dans nos cultures... plus qu'un parallélisme, ces ressemblances sont des homologies issues d'un même creuset de la pensée européenne...*⁸⁷¹ » L'homologie n'est en aucun cas une duplication. Les domaines cliniques et de la gestion restent différenciés, et ne se confondent pas mais se rejoignent dans ce que nous développerons plus loin : un espace interstitiel.

L'homologie n'est pas une fusion de deux domaines, pas plus que deux mondes parallèles qui se fréquentent poliment sans se croiser. Elle ne se situe pas là, mais plutôt dans l'idée d'une certaine proximité pour y trouver des synergies, un langage commun, des vases communicants, des dynamiques œuvrant dans un sens commun, partageant une vision commune tout en respectant une indispensable différenciation.

Chaque domaine prend racine dans un champ d'application différent et en référence des savoirs spécifiques. Cependant, chacun peut partager des valeurs communes et un même projet global. Un socle commun est envisageable sur les valeurs, la philosophie de soins (d'entreprise) et le projet général, et des chemins différents sont possibles pour chacun, puisque l'objet de l'activité n'est pas le même bien qu'il serve le même objectif global.

Ainsi, l'homologie entre pratiques de soins et pratiques de gestion à Nant se réfère à l'idée d'une correspondance entre deux systèmes dont l'origine est commune et leur donne légitimité : une philosophie de soins qui ne se replie pas sur son aspect le plus technique mais se fonde sur des valeurs mettant l'humain au cœur et à l'intersection de chaque champ. Précédemment, nous avons signalé les points de « correspondance » au sens baudelairien du terme⁸⁷², issus de la philosophie des soins et des valeurs. Il faut insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une lecture « psychanalytique » des pratiques de gestion et des pratiques cliniques (lecture postérieure), mais d'une construction de pratiques cliniques et de pratiques managériales (construit antérieur) fondée une philosophie de

⁸⁷¹ Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011, p. 16

⁸⁷² Baudelaire C. *Les fleurs du mal*, Librairie Gründ, réédition de l'édition définitive de 1868, Paris, 1947, p. 17

soins qui structure à Nant de façon homologique le champ de toutes les pratiques. Nous verrons plus tard que la gestion interstitielle, quant à elle, rend possible l'opérationnalisation de cette homologie.

3.2.1. Les constituants de l'homologie

3.2.1.1. *La logique clinique comme principe organisateur*

L'histoire montre que les modes de gestion s'enracinent dans la philosophie des soins, dès lors, les liens entre philosophie des soins et pratique de gestion paraissent assez clairs. À cette parenté originelle, le soin relationnel et la pratique de gestion ont en commun ce point particulier que tout le monde se sent compétent dans ces domaines. En effet, chacun est en relation avec d'autres et gère quelque chose, ne serait-ce que son budget ou son ménage. Cette compétence de base, faisant référence à des savoirs ordinaires, contribue à l'idée que les compétences spécifiques dans ces deux domaines sont données à tous et ne nécessitent pas de professionnalisation. C'est probablement ce qui contribue à de sévères critiques adressées aux gestionnaires et aux spécialistes de la relation, les « psys » en général, phénomènes que nous ne retrouvons pas, ou moins, dans d'autres domaines de la médecine.

Des compétences spécifiques sont pourtant requises lorsque la situation sort du commun ou du sens commun : pour la relation, lorsque l'on a à faire à la psychopathologie, et pour la gestion, lorsque la taille d'une entreprise ou sa complexité dépasse le périmètre « familial ». Cette parenté entre relationnel et gestion est encore plus marquée dans les établissements psychiatriques, dans lesquels il existe une communauté d'intérêt parce que, comme nous l'avons déjà relevé, une certaine homologie peut s'établir entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. L'objet du soin en psychiatrie et son mode d'intervention sont différents des autres domaines du soins, et ils conditionnent fortement les styles de gestion.

En effet, le soin psychiatrique s'inscrit dans une logique de transformation plutôt que dans celle de la réparation, ou de l'action, comme en médecine somatique avec quelque chose de concret, le corps, dont le soin en est l'objet. Dès lors, le positionnement du thérapeute, ou des soignants, se donne comme un partenariat dans lequel la part active du patient est requise et indispensable : il est acteur de son traitement et non objet de nos soins. C'est une posture qui se distancie du modèle médical traditionnel. La question n'est plus d'avoir

une maladie à extraire mais d'être malade et de trouver un nouvel équilibre plus satisfaisant avec l'aide d'un thérapeute et/ou de soignants. Les stratégies thérapeutiques, pour mener à bien ce travail, font appel à des notions de cadre, symbolique et concret, et d'identité soignante alliant éléments personnels et savoirs professionnels. Cette approche nécessite une forte implication personnelle et un environnement de travail facilitant celle-ci. Ces éléments impactent le mode de management.

L'histoire de la psychiatrie montre qu'il existe un lien entre philosophie de soins et modes de gestion. L'évolution des modèles cliniques a appelé à des modèles de management en phase avec la pratique clinique. Rappelons, par exemple, la période où le modèle médical consistait à prendre l'ascendant de manière autoritaire sur le patient qui a donné un mode de gestion tout aussi autoritaire dans lequel l'autorité médicale était l'autorité unique et absolue sur l'ensemble de l'institution psychiatrique. À l'opposé, les modèles cliniques communautaires ont favorisé un management plus participatif. En effet, il ne paraît pas concevable d'avoir du côté de la pratique clinique un modèle favorisant l'implication, le partenariat et l'autonomie et du côté de la pratique de gestion un modèle opposé si l'on veut faire ensemble. Si la mission première d'un établissement est le soin, il paraît logique que ce soit cette logique clinique qui prime. C'est pourquoi, il nous semble cohérent que ce qui fonde la pratique clinique soit la base de l'institution et conditionne tant le soin et que la pratique de gestion dans une dynamique dyadique.

Le travail clinique relationnel est conçu à Nant dans une approche psychodynamique, c'est-à-dire, se référant non à la cure psychanalytique type mais aux « concepts psychanalytiques à l'usage des soins »⁸⁷³, c'est-à-dire comme concepts appliqués en institution à l'ensemble des intervenants et à l'établissement avec un cadre thérapeutique adapté.

La revue de ces principes généraux du travail relationnel en psychiatrie psychodynamique à Nant permet de mettre en évidence quelques-uns des multiples points d'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion.

⁸⁷³ Miazza M. et Panchaud R. *Concepts psychanalytiques à l'usage des soins*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs et soins infirmiers, 2013 ; 8 (2) : 1-6

3.2.1.2. *Les principes du travail relationnel en psychiatrie psychodynamique à Nant*

La relation en psychiatrie n'est pas la relation ordinaire que chacun entretient avec ses pairs. Cette part ordinaire de la relation en fait partie, mais elle n'en est qu'une partie qui est insuffisante à venir en aide aux patients psychiatriques. En effet, les usagers de la psychiatrie publique pour la plupart souffrent de « pathologie du contenant ». Autrement dit, ils ne sont pas en mesure, en tout cas momentanément, de contenir leurs affects, angoisses, agirs suicidaires, agressivité, etc. L'objet du soin consiste à les aider à mettre une limite à ces débordements, à contenir et non pas, comme dans une psychanalyse ou psychothérapie classique, à révéler un contenu psychique inconscient, source des troubles. Pour rappel, c'est ce que D. Houzel a défini comme « *la contenance* » qu'il différencie de *la décharge* et *du dévoilement* qui est le propre de la psychothérapie analytique classique⁸⁷⁴. L'objet du soin est généralement la construction d'une limite perdue ou inexistante à travers une ou plus souvent des relations thérapeutiques dans un cadre institutionnel adapté. Il s'agit d'un travail de transformation de l'économie (équilibre) psychique – quelle homologie ! - de la dynamique interne. En vertu de l'intensité du phénomène, les dispositifs vont varier de la « simple » relation thérapeutique individuelle au travail en équipe interdisciplinaire.

Ces dispositifs demandent à être organisés, et ce d'autant plus que la désorganisation psychique est un symptôme fréquent en psychiatrie. Organisation – désorganisation sont des vocables communs à la pratique de gestion et à celle de la clinique. Si en pratique clinique, l'organisation d'un environnement spécifiquement structuré en réponse à un tableau de désorganisation est un facteur thérapeutique⁸⁷⁵, il en va de même pour la pratique de gestion, structurer un environnement de manière particulière est une façon de répondre spécifiquement à une problématique. Il s'agit donc d'une structure organisationnelle spécifique face à une problématique spécifique qui contribue à la gérer, et non d'organisation en soi. À la singularité d'un programme clinique, une structure organisationnelle singulière qui permet à chacun de réaliser ses tâches dans les conditions les plus appropriées.

⁸⁷⁴ Cicone A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, Cahier de psychologie clinique 2001/2 (N°17), p. 81-102

⁸⁷⁵ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335 / Panchaud R. Miazza M. *L'environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs infirmiers, 60-705-N-10, 2011

La singularité ouvre deux perspectives, l'individualisation (singularité) et la plasticité. L'individualisation ou la singularité d'un programme clinique repose sur le présupposé que chaque personne est unique et que ses besoins le sont également. Dès lors, dans un travail relationnel, il existe une intersubjectivité compte tenu également de la singularité du soignant. La singularité se retrouve dans la pratique de gestion par exemple sur la différenciation structurelle selon l'activité. Pour permettre au processus de soin de se faire, plusieurs éléments lui sont nécessaires en plus de l'organisation d'un environnement évoqué plus haut. La référence à une théorie comme clef de lecture des phénomènes en jeu, vu le manque de concrétude du soin psychique, et un cadre, vu que le processus ne peut se dérouler dans le vide⁸⁷⁶. Même si, dans les pratiques de gestion, la référence à un cadre théorique n'est pas aussi affirmée, elle existe néanmoins, par exemple, dans l'exercice d'une gestion participative ou au contraire directive⁸⁷⁷.

Quant à la plasticité, elle suscite de plus en plus d'intérêt, en clinique notamment depuis la publication d'Ansermet et Magistretti « *A chacun son cerveau*⁸⁷⁸, *plasticité neuronale et inconscient* ». Regroupant à la fois malléabilité et adaptabilité, la plasticité est forcément une notion qui intéresse tant la clinique que la gestion, toutes deux constamment confrontées à des situations toujours évolutives et jamais à l'identique. S'il n'existe pas « *one best way to do* » en management, il en va de même en clinique dans la mesure où l'approche ne se réfère pas à un ou des protocoles. Ainsi, avec une approche psychodynamique, le projet de soins est individualisé et ne se réfère pas à un protocole. Il s'agit d'une stratégie que chaque thérapeute traduit à sa manière dans un rapport intersubjectif qui est par définition différent d'un individu à l'autre. Dans ce cas, le dispositif est plastique dans la mesure où tout projet thérapeutique se réinvente avec chaque cas.

En clinique, loin d'un fourre-tout ou d'une forme d'éclectisme qui permettrait d'y inclure toutes les approches, la plasticité est faite d'une souplesse dans le maniement et l'adaptation du cadre et du style des thérapeutes pour mieux répondre aux besoins des patients, à l'image de la gestion matricielle. La plasticité clinique doit être établie dans la

⁸⁷⁶ Racamier P. C., *L'esprit des soins, le cadre*, Les édition du collège, Paris, 2001, p. 21

⁸⁷⁷ Tissier D. *Management situationnel, Vers l'autonomie et la responsabilisation*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 2001

⁸⁷⁸ Ansermet F. Magistretti P. *A chacun son cerveau*, Odile Jacob, Paris, 2004

cohérence des approches proposées, notamment avec un seul cadre de référence défini pour assurer la cohérence globale et une rigueur méthodologique.

Pour une même pathologie, les besoins en psychiatrie peuvent être très variés et variables en vertu de chaque individu. Ainsi, les projets thérapeutiques peuvent se composer d'un seul intervenant, ou alors, nécessitent un dispositif beaucoup plus complexe comprenant tout un réseau d'interventions interdisciplinaires. Ces mêmes variations peuvent se retrouver dans la trajectoire d'un même patient. Ainsi les processus sont très plastiques parce qu'ils sont individualisés, les diagnostics n'ayant que peu de pertinence à ce niveau, compte tenu des multiples déterminants de la psychopathologie.

La plasticité du dispositif a l'avantage de permettre des approches variées pour répondre aux besoins de la population, de la relation individuelle aux relations multiples. Dans ce dernier cas, la cohérence des différentes prestations doit être assurée quel que soit le support utilisé (activités médiatrices). Pour ce faire, chacun devrait se référer à la même philosophie de soins, aux mêmes concepts et partager une vision commune du projet thérapeutique. Il y a ainsi un méta point de vue de référence pour construire et maintenir un consensus pour l'ensemble des intervenants.

En miroir, la plasticité organisationnelle est la capacité d'adapter le dispositif à la mission ou à chaque projet. La gestion par projets de la Fondation appelle à la plasticité compte tenu de la variabilité de ses projets. L'évolution de l'environnement et la manière d'y répondre pour cette institution appellent à des projets de plus en plus variés, tant dans leur objectif, leur durée, leur composition, leur organisation que leur complexité. « *Face à la diversité des situations de travail et aux multiples imprévus que le déroulement des trajectoires engendre, un principe organisationnel habituel est la flexibilité* ⁸⁷⁹ . » Actuellement, plus que jamais, la plasticité, la souplesse et l'innovation sont au rendez-vous, compte tenu de l'accessibilité et de la rapidité de la diffusion des informations.

La plasticité est un processus d'adaptation, d'évolution et d'innovation, il s'appuie donc sur un existant que nous pourrions qualifier de « traditionnel » ou plus « établi ». Comme le relève un collaborateur : «... *il y a beaucoup d'innovation parce que le mouvement qui porte cette innovation est fondé vraiment sur la tradition.* ⁸⁸⁰ » La plasticité est également

⁸⁷⁹ Minvielle E. *Gérer la singularité à grande échelle*, Revue française de gestion, juin-juillet-août 1996, pp 114-124

⁸⁸⁰ Interview Dr RU, médecin chef de service

tributaire de la taille et du mode opératoire de l'organisation comme le remarque ce collaborateur : « *Les avantages, c'est une réactivité bien supérieure à celle des grands ensembles étatiques ou universitaires et une capacité d'innovation et de créativité très forte au niveau des individus.* ⁸⁸¹ » Tradition et taille de la Fondation sont donc favorables à une certaine plasticité.

Une organisation, une instance de pilotage ne peuvent plus être créées à tout jamais, elles doivent être en lien avec la mouvance et de l'interne et de l'environnement. En 1967 déjà, Lawrence et Lorsh mettent « *en évidence qu'une entreprise ne peut en aucun cas se satisfaire d'une structure monolithique, sauf à y perdre en efficacité ; elle doit arbitrer entre des contraintes de différenciation et des contraintes d'intégration* ⁸⁸². » L'organisation ne peut être que plastique si elle est en lien avec son objet. En lien avec la pratique clinique, l'organisation ne peut être qu'adaptée à son objet. À l'image de l'individualisation des soins et des projets thérapeutiques, du plus simple au plus complexe, l'organisation, au sein d'un établissement, ne peut être que plurielle compte tenu de la diversité des projets. Pratiques de gestion et pratiques cliniques se rejoignent sur cette dimension plastique.

3.2.1.3. Le projet clinique : un contrat formalisé

Le projet occupe une place de choix tant dans la pratique de gestion que celle de la clinique, selon des déclinaisons différentes mais avec une parenté évidente et profonde. Le projet entre pratique clinique et pratique de gestion se joue en miroir, notamment par l'implication et l'engagement qu'il nécessite, par la perspective qu'il entend donner, ou encore, par les moyens qu'il requiert. Le projet fonctionne dans une dynamique apparentée que ce soit pour le projet clinique ou celui de gestion, deux domaines distincts dans une même logique de base.

Tout patient bénéficie d'un projet clinique et plus spécifiquement d'un projet thérapeutique que ce soit pour une très courte période de traitement, à l'exemple d'un seul ou plusieurs entretiens, ou au contraire pour une longue prise en soins faite d'une trajectoire à travers différents dispositifs soignants. À ce propos, dans le canton de Vaud, il existe une obligation (art. 433 CC) de formaliser un projet de soins pour tout patient hospitalisé sous contrainte en FLAFA (placement à fin d'assistance). Le projet permet de

⁸⁸¹ Interview Dr G. médecin chef de service

⁸⁸² Alter N. *L'innovation ordinaire*, PUF, Paris, 2^{ème} éd. 2005, p. 137

définir les objectifs, les moyens déployés, le cadre et son évaluation. Il offre «... *la capacité à traduire une intention en termes opératoires.* ⁸⁸³ » Il s'agit d'un contrat avec un engagement réciproque du, ou des thérapeutes, et du patient et de son entourage. Il se fait dans une logique d'anticipation qui associe deux temps « *le moment de la conception, le moment de la réalisation* ⁸⁸⁴ ». C'est une manière d'appréhender la complexité et l'incertitude⁸⁸⁵ qui s'oppose au bricolage et à l'improvisation.

Le projet thérapeutique est centré sur un processus de transformation (changement), tenter de passer d'une économie psychique pathologique à une économie plus fonctionnelle. Ce processus de transformation est le cœur de toute forme de projet. Comme le note Boutinet, «... *le projet est devenu aujourd'hui un outil trivial destiné à introduire un changement.* ⁸⁸⁶ » Le projet induit la participation et l'implication de chacun. Par le contrat qu'il produit pour chaque partie, il définit les actions de chacun et leur temporalité : « *le projet est indissociable de l'action qu'il prépare et commence à réaliser...* ⁸⁸⁷ ». Une particularité du projet est qu'il n'y pas de division entre concepteur et réalisateur, ce qui facilite sa mise en œuvre. Il s'agit toujours d'une réponse individuelle à une situation particulière : « *ce dernier (projet) se veut toujours une réponse inédite qu'un acteur singulier apporte à une situation elle-même singulière. Il ne saurait y avoir de projet répétable...* ⁸⁸⁸ » Ce positionnement rejoint parfaitement celui de la psychanalyse dans l'individualisation des traitements et des soins par son approche différenciée pour chaque personne en vertu de ses propres besoins. L'implication préalable demandée par le projet⁸⁸⁹ rejoint également le point de vue de la psychanalyse dans lequel le patient est acteur de ses symptômes, ce qui lui permet du même coup d'être acteur de changement.

Le projet thérapeutique a également une vertu très importante dans l'articulation qu'il opère entre les acteurs. En effet, entre patient et soignant, ce projet fait office d'intermédiaire de référence qui assigne une place précise à chacun. Il existe « quelque chose » (projet) entre patients et soignants ce qui contribue à sortir de l'arbitraire, du coup à coup dans l'action – réaction ou de la réponse individuelle sans cohérence globale.

⁸⁸³ Boutinet J. P. *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, p. 273

⁸⁸⁴ Boutinet J. P. *Psychologie des conduites à projet*, Puf, Que sais-je ?, Paris, 2004, p. 9

⁸⁸⁵ Boutinet J. P. *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, p. 254

⁸⁸⁶ Boutinet J. P. *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, p. 272

⁸⁸⁷ Boutinet J. P. *Psychologie des conduites à projet*, Puf, Que sais-je ?, Paris, 2004, p. 64

⁸⁸⁸ Boutinet J. P. *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, p. 253

⁸⁸⁹ Boutinet J. P. *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, p. 255

De plus, lorsque plusieurs intervenants opèrent en même temps, le projet permet de rallier l'action individuelle au collectif à l'image d'un objet intermédiaire ou frontière. «... *la démarche par projet peut être identifiée à un processus unificateur destiné à produire un lien social à dominante consensuelle.* ⁸⁹⁰ »

Dans la pratique de gestion, le concept de projet et de gestion par projet est bien connu et bien intégré. « *Dans tout projet, on retrouve la prise en compte simultanée de trois catégories de contraintes (le temps, les ressources et les spécifications techniques) afin de réaliser un objet, un ouvrage, un produit ou une prestation de service qui n'a encore jamais été exécutée et qui se caractérise par une certaine complexité.* ⁸⁹¹ » Là également, la dimension singulière est relevée à l'instar du projet clinique individualisé.

Dans le détail du projet, nous trouvons les processus. Dans le processus de gestion, il existe une particularité et une parenté avec le processus soignant, ou thérapeutique, qui parle en faveur d'une homologie. Le processus en gestion est un outil précieux de collaboration et de vision commune, notamment dans les établissements sanitaires « *malades de (leur) difficulté à faire ensemble* ⁸⁹² ». Claveranne et Pascal le définissent comme « *un ensemble cohérent d'activités, se déroulant dans un espace et un temps déterminés, répondant à une finalité commune et produisant un output matériel ou immatériel à destination d'un client interne ou externe.* ⁸⁹³ » Il a pour but d'organiser l'activité (maintien) et piloter le changement (prospective et évolution), c'est-à-dire la transformation comme nous l'avons relevé plus haut. Dans cette dernière dimension particulièrement, nous pouvons y trouver une autre homologie avec la clinique. Le processus se doit « d'armer » ses collaborateurs dans la réalisation de leurs tâches. « *La gestion apparaît comme la discipline à visée essentiellement praxéologique qui se donne pour objectif de contribuer au progrès des comportements et des performances requis dans les organisations. Elle se nourrit des autres sciences et des expériences pratiques* ⁸⁹⁴. »

⁸⁹⁰ Boutinet J. P. *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, p. 282

⁸⁹¹ Garel G. *Pour une histoire de la gestion de projet*, Gérer et comprendre, décembre 2003, N° 74 p. 77

⁸⁹² Claveranne J. P. Pascal C. *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Médica éditions, Paris, 2004, p. 2

⁸⁹³ Claveranne J. P. Pascal C. *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Médica éditions, Paris, 2004, p. 17

⁸⁹⁴ Brechet J.P., *Gestion stratégique, le développement du projet d'entreprise*, Ed ESKA, Paris, 1996, p. 21

Comme dans le soin ou la thérapie, nous avons à faire à une dynamique de transformation issue d'une stratégie d'organisation.

Toujours selon Claveranne et Pascal, le processus aurait des vertus « transitionnelles » au sens de Winnicott dans le sens où l'objet transitionnel fait référence au processus dynamique en cours plus qu'à l'objet transitionnel en tant que tel. Le transitionnel permet le passage d'un état à un autre (de fusion à séparation selon Winnicott pour la maturation psychoaffective) à condition que l'environnement soit suffisamment sécurisant. Le transitionnel comme le processus est un objet de l'entre-deux, autrement dit de l'interstice. Encore selon ces auteurs, « *le processus exerce un rôle de « protection » par rapport au sujet lui-même. Ce rôle se rapproche de la notion de pare-excitation...⁸⁹⁵* » Relevons que la pare-excitation joue un rôle très important en clinique pour atténuer l'impact des sollicitations, problématique récurrente en psychiatrie. Ainsi, le processus en gestion apparaît comme un « objet frontière » qui relie et sépare, qui protège et apporte de la cohérence entre les acteurs. Ces éléments sont très parlants pour les cliniciens qui élaborent des processus de soins, ou thérapeutiques, qui visent les mêmes objectifs. Là encore l'homologie est évidente.

3.2.1.4. Les activités du quotidien au cœur de l'homologie

La grande différence entre les traitements ambulatoires et hospitaliers tient à la dimension résidentielle, les autres prestations pouvant se réaliser autant d'un côté que de l'autre. C'est ce que nous définissons comme le travail de milieu⁸⁹⁶, c'est-à-dire l'organisation des activités de la vie quotidienne comme agent thérapeutique actif. D. Söderström conçoit les traitements hospitaliers comme l'intégration de quatre dimensions⁸⁹⁷ dont le travail de milieu, avec le travail individuel, familial et la psychopharmacologie. Si cette dimension clinique du milieu est l'un des quatre piliers des traitements, elle doit également être prise en compte dans l'activité de management pour opérer une gestion globale des différentes dimensions de l'institution.

⁸⁹⁵ Claveranne J. P. Pascal C. Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance, Médica éditions, Paris, 2004, p. 115

⁸⁹⁶ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335 / Panchaud R. Miazza M. *L'environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs infirmiers, 60-705-N-10, 2011

⁸⁹⁷ Söderström D. *Pour une psychothérapie en milieu hospitalier*, N° 4 Vol. 14, 1994, pp. 224-228

Cette pratique soignante est intégrée à la direction de l'établissement par la présence de l'infirmier-chef général. Il s'agit d'une « vieille nouveauté » à la Fondation, c'est-à-dire, que les préoccupations du quotidien par la voix du responsable des soignants soient prises en compte au niveau de la direction. Nous avons là un élément qui pourrait passer pour anodin mais qui porte en fait une importance essentielle parce qu'il est révélateur autant d'une philosophie des soins que de son management. Rappelons que Nant, comme la psychiatrie avec J. B. Pussin, est né d'une pratique soignante et non médicale, et notons que cette pratique est généralement ignorée ou banalisée par la médecine, ce qui est cohérent puisque les pratiques soignantes ne sont pas issues des sciences médicales mais d'une tradition soignante laïque très ancienne⁸⁹⁸. Ces pratiques soignantes ne sont donc en aucun cas paramédicales. Il est donc illusoire de penser que cette dimension soignante puisse être représentée et portée par une voix médicale ou managériale puisqu'il s'agit d'un domaine en soi. De plus, cette dimension a une importance capitale dans les traitements psychiatriques hospitaliers et intermédiaires (centres thérapeutiques de jour) par les soins du milieu⁸⁹⁹ qu'elle propose et qui font partie du rôle autonome infirmier.

Rappelons également qu'à l'origine, les fondateurs ont fait équipe, c'est-à-dire qu'ils se sont constitués dans un rapport égalitaire, et que cette même équipe a instauré une vie communautaire avec des relations très égalitaires avec leurs « hôtes ». En outre, la majorité de cette équipe était féminine (quatre femmes et un homme) ce qui a probablement influencé cet intérêt pour le quotidien dont elle avait en majeure partie la charge. Ce double positionnement dans un travail d'équipe et dans des relations d'alter ego avec les patients démontre un mode de gestion collectif, participatif (faire-ensemble) et un travail clinique fondé sur des relations égalitaires. C'est précisément ce que relève P. Picq au sujet des entreprises familiales performantes « *construisant une perspective partagée – ce qui requiert un management ouvert avec la participation active de tous les intervenants...* »⁹⁰⁰ » C'est bien ce double modèle qui se traduit par la suite par la participation au sein de la direction du responsable des soins. Ainsi rattaché directement à la direction, le management de proximité au quotidien est en phase avec l'ensemble de

⁸⁹⁸ Walter F. *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, Pour une histoire des soins infirmiers au 19^{ème} siècle*, Editions Zoé, Genève 1992 et Nadot M. *Le mythe infirmier ou la pavé dans la mare !* L'Harmattan, Paris, 2012

⁸⁹⁹ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

⁹⁰⁰ Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011, p. 251

l'institution, il n'en est pas une annexe ou en périphérie des instances de direction ou médicales, souvent considéré actuellement et à tort comme paramédical. Il s'agit d'une manière de rendre le micro-management cohérent et intégré à un ensemble. Il est la concrétisation d'une philosophie des soins qui reconnaît la valeur du travail de milieu et dans laquelle chacun joue sa part.

Avant la colonisation médicale de l'hôpital, ce sont les soignants qui le dirigent et qui se chargent non seulement des soins mais de toutes les facettes d'une telle institution. *«... on peut distinguer au milieu du XVII^e siècle trois domaines de relations, trois ensembles de valeurs donnant un sens à l'action spécifique du « prendre soin » institutionnel. Il faut prendre soin de la vie du domaine domus (premier registre de relation), prendre soin de la vie ou de la collectivité familia (deuxième registre de relation) et prendre soin de la vie l'humain et de son entourage hominem (troisième registre de relation). Ces trois types de langages déterminent les activités propres de la soignante...⁹⁰¹ »* L'intégration du directeur des soins dans l'équipe de direction est récente en Suisse, au mieux, elle remonte à la fin des années 1990, décennie de la transformation, en psychiatrie, des postes d'infirmier-chef général en directeur des soins.

À nouveau, sur ce sujet, Nant fait bande à part, puisque l'infirmier-chef général a fait partie de la Direction depuis son arrivée dans l'établissement en 1958. Si ce positionnement s'explique à l'origine par le contexte (« gestion familiale », implication dans les soins et compétence clinique de l'infirmier-chef, fils des fondateurs), il n'en demeure pas moins que les conséquences d'une telle situation sont capitales sur le fonctionnement institutionnel. Grâce à la présence de l'infirmier-chef en Direction, les préoccupations du quotidien sont exposées et prises en compte comme une dimension de l'institution aussi importante qu'une autre. La place des soignants, et de fait également la voix des patients dans leurs préoccupations quotidiennes, compte tenu de la proximité des soignants avec les patients, sont présentes dans les réflexions de la Direction et influencent ses décisions. Il s'agit de la prise en compte de la dimension communautaire, autrement dit, si la communauté thérapeutique entend soigner à travers les tâches et relations dans la vie quotidienne, celles-ci doivent également être prises en considération comme les autres dimensions de la prise en soins. En aucun cas, la seule dimension médicale ne suffit à prendre en compte la globalité, et la représentation uniquement médicale dans la

⁹⁰¹ Nadot M. *Le mythe infirmier ou la pavé dans la mare !* L'Harmattan, Paris, 2012, p. 80-81

Direction aboutit à une vue partielle unidimensionnelle. Ainsi, il est très cohérent - et même évident - de composer avec l'ensemble des dimensions d'un traitement dont celle des soins. À la Fondation, il n'y a jamais eu de Direction uniquement médicale ou administrative. À ce titre, il est révélateur que, dans la plaquette éditée à l'occasion du centième anniversaire de la FHV en 2003⁹⁰², seul Nant sur les treize établissements membres, affiche une direction tripartite avec un directeur des soins. La culture du faire-ensemble de la Direction est un modèle pour l'ensemble des collaborateurs.

La préoccupation globale du patient au travers de la prise en compte de son quotidien et de sa dimension thérapeutique est l'inducteur d'une homologie. Intégrer cette dimension au niveau de la Direction procède de la même dynamique que celle de la clinique, celle d'une prise en compte globale. L'histoire montre que, lorsqu'elle disparaît des préoccupations des directions d'établissements, les conséquences sont lourdes pour les patients. L'exemple du remplacement de J. B. Pussin (soignant) par un médecin (Esquirol) a eu des conséquences terribles pour le quotidien des patients laissés à leur abandon dans un immense dénuement⁹⁰³.

3.2.2. Le faire-ensemble particulier de Nant

3.2.2.1. L'aboutissement d'une construction historique

Le mode de gestion à Nant est aussi l'aboutissement d'une construction historique qui part d'un travail d'équipe, au moment de la création de l'établissement, dont les membres partagent les mêmes valeurs et convictions. Ce faire-ensemble du départ est renforcé par le fait que chaque membre de cette équipe est polyvalent et participe à l'ensemble des tâches institutionnelles qu'elles soient cliniques, managériales ou autres. Ils sont en quelque sorte tous des marginaux sécants. Ainsi, cette première équipe développe un faire-ensemble spécifique qui devient un élément de base très incarné de la culture managériale de Nant. « *La culture d'entreprise est plus une réalité organisationnelle dont le manager doit tenir compte qu'un objet de management à part entière.* »⁹⁰⁴ Le faire-ensemble est également conditionné par la philosophie de soins et les valeurs comme nous l'avons relevé à plusieurs reprises. En effet, chaque relation établie par n'importe

⁹⁰² Donzé P.-Y. *La fédération des hôpitaux vaudois (1903-2003)*, FHV Fédération des hôpitaux vaudois, 2004, p. 35

⁹⁰³ Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 2004

⁹⁰⁴ Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, p. 54

quel soignant avec un patient a son importance et son sens qui doit être pris en compte. Ce travail relationnel ne saurait être commandé hiérarchiquement, il doit être géré dans le cadre d'un projet de soins. Cette manière de faire conditionne les relations entre collaborateurs dans le sens d'une concertation, voire d'une complicité, en vue d'un objectif clinique. Le Prof. Gilléron se souvient : « *Entre nous (avec J. C. Monney, l'infirmier-chef) il y avait une confiance mutuelle... d'ailleurs cela m'a un peu compliqué la vie par après parce que je n'ai pas retrouvé ce genre de rapport dans d'autres institutions.*⁹⁰⁵ » Nous n'allons pas reprendre ici le développement autour du travail clinique d'équipe. De plus, nous avons déjà souligné comment cette philosophie de soins conditionne le management institutionnel qui ne peut être déconnecté de ce mode clinique relationnel et, de ce fait, présente une certaine homologie.

3.2.2.2. Le projet collectif des fondateurs

Le projet des fondateurs est un projet collectif à double titre, en tant qu'équipe pour gérer l'établissement, et en tant que projet clinique fondé sur la vie communautaire. C'est une « équipe » qui s'est constituée dans le partage de mêmes valeurs et pratiques chrétiennes mais également d'autres valeurs dont notamment une ouverture à l'autre dans le sens le plus large qu'il soit. En effet, valeurs et philosophie de soins sont à voir comme un socle, une base qui soutient l'activité et non comme une barrière vis-à-vis de l'extérieur qui les enferme. D'abord, ils étaient « *issus de trois branches différentes du protestantisme*⁹⁰⁶ » sans que cela leur pose problème. Ensuite, leur projet veut allier approche chrétienne et médicale « *ne pas voir d'opposition entre médecine - plus précisément la psychiatrie - et la foi, ces deux voies étant non-contradictoires mais complémentaires.*⁹⁰⁷ » Les fondateurs accueilleront sans distinction toutes personnes ayant besoin de leur secours quand bien même ils ne partageaient pas de croyances chrétiennes. C'est dans cet esprit d'équipe qu'ils géreront leur communauté, précisément dans l'esprit de la gestion des anciens hôpitaux laïcs. Cette gestion s'articule autour de « *trois ensembles de valeurs donnant un sens à l'action spécifique du « prendre soin » institutionnel.*⁹⁰⁸ » Il s'agit de prendre soin de la personne (*hominem*), du groupe (*familia*) et du domaine (*domus*). M. Nadot relève que

⁹⁰⁵ Interview du Prof. E. Gilliéron

⁹⁰⁶ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 2

⁹⁰⁷ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 1

⁹⁰⁸ Nadot M. *Le mythe infirmier ou le pavé dans la mare !* L'Harmattan, Paris, 2012, p. 80

pour s'occuper du domaine, il faut avoir des compétences organisationnelles⁹⁰⁹. Pour lui, la gestion fait partie des compétences des soignants depuis le XVIII^e siècle si ce n'est bien avant. Le mode de gestion des fondateurs est collectif, il n'y a pas de chef désigné, mais un collectif qui se met d'accord au-delà du fait que dans tout groupe, il existe des personnalités plus influentes.

3.2.2.3. La structuration clinico-administrative

Ce mode de gestion collectif s'est perpétué malgré l'arrivée d'un médecin chef au début des années soixante, qui n'est plus consultant pour quelques heures par semaine comme par le passé, mais qui travaille à mi-temps dans l'établissement et intègre l'instance dirigeante, le Comité de Fondation qui deviendra le Comité de Direction au moment où le Conseil de Fondation verra le jour. L'esprit communautaire s'inscrit également dans cet espace de direction. Comme nous l'avons relevé plus haut, tant le Dr D'Eggis que le Dr Miéville affirmaient que le mode de faire des fondateurs était favorable à la thérapie bien qu'ils étaient issus d'écoles différentes, voire opposées, mais dont l'axe essentiel commun repose sur la relation. Rappelons que le Dr D'Eggis a fait acheter un ouvrage sur les dangers de la psychanalyse alors que le Dr Miéville se référait précisément à cette théorie. Cette gestion collective et surtout les valeurs et le travail fondés sur la relation au-delà (ou en deçà) de la référence théorique semble pouvoir absorber des écoles très différentes de psychiatrie. M. J. C. Monney rappelait qu'au moment où il est allé chercher le Dr Miéville, il ne cherchait pas un psychiatre d'une obédience particulière mais seulement un médecin psychiatre capable d'assurer ce poste dans cette institution avec leur philosophie des soins. « *On cherchait un psychiatre et on ne se préoccupait pas de savoir s'il était systémique, organiciste ou autre.* »⁹¹⁰ Mais il existait probablement le préalable incontournable de partager les valeurs des fondateurs qui scellent le collectif : les valeurs humanistes, le travail relationnel et le faire-ensemble. C'est sur ce point que se sont jouées les ruptures avec le Prof. Denber et le Dr Pinard et plus tard avec un autre directeur médical sur le faire-ensemble.

⁹⁰⁹ Nadot M. *Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle*, In *Le savoir infirmier*, sous la dir de C. Dallaire, Gaetan Morin, Montréal, 2008, p. 36

⁹¹⁰ Monney J. C. Interview du 13 février 2009

Ce mode de gestion collectif n'a pas été institué par des hommes et des femmes issus d'une école de management, c'est un mode de faire qui relevait du bon sens et de la volonté de faire ensemble fondé sur une confiance réciproque et cadré par des valeurs. La concertation comme le travail en équipe était une évidence. L'arrivée du Dr Miéville, scelle une évolution du faire ensemble clinique. Celui-ci apporte une référence théorique qui professionnalise beaucoup plus les relations soignantes et les projets thérapeutiques. Cependant, dans sa conception du travail clinique, il existe un dialogue avec chacun, quelle que soit sa profession, ce qui est un mode de faire ensemble. « *Le respect de la personnalité de nos malades nous fait insister sur la relation thérapeutique plus que sur la psychopharmacologie. Cette orientation entraîne une grande implication personnelle qui doit se manifester dans la compréhension, la tolérance, la communication. Dans cette optique, nous avons renoncé aux colloques hiérarchisés et impersonnels d'avant au profit des colloques d'équipe, pluridisciplinaires, où chacun a la liberté de s'exprimer.*⁹¹¹ » Ce positionnement clinique et interdisciplinaire va rester l'un des fondements de la pratique clinique à Nant et reste d'actualité.

La gestion va prendre une dimension supplémentaire avec l'arrivée de D. Mayer, en 1987, en qualité de directeur administratif, et la crise économique de la fin des années quatre-vingt qui a contraint les établissements sanitaires à une gestion financière beaucoup plus serrée. Ces années seront caractérisées par d'importantes restrictions financières avec de plans massifs d'économie qu'il faut gérer. Dans ce contexte, D. Mayer envisage de créer une unité médico-économique qui donnerait plus de visibilité aux pratiques de gestion et au mode de collaboration entre cliniciens et gestionnaires. Il apporte un vrai projet de gestion pour augmenter la performance institutionnelle et mieux assumer les contraintes du moment, projet dans lequel il est question d'intégrer clinique et gestion, autrement dit un faire-ensemble plus global qui intègre également le domaine de la gestion de manière plus formelle et visible. Le premier acte de ce projet débute avec un changement important au niveau de la direction, qui devient bicéphale : alors que le directeur médical est jusqu'alors le directeur, directeur médical et administratif deviennent positionnés au même niveau hiérarchique au début des années 1990. Le faire ensemble « médico-

⁹¹¹ Dr Cl. Mieville, L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois, Bulletin de la Source n° 11, nov. 1974, pp 4-8

administratif » devient une réalité hiérarchique structurelle qui se complétera en 1997 par l'intégration dans ce duo du directeur des soins pour constituer une direction tricéphale. Il va sans dire qu'une telle organisation ne peut fonctionner que dans une concertation commune et continue.

3.2.2.4. La formalisation du faire-ensemble entre clinique et gestion

En 1996, le projet Aleph⁹¹² va renforcer et concrétiser le faire-ensemble entre pratique clinique et pratique de gestion. L'objectif de ce projet est de formaliser l'information clinique par processus de soins. Ainsi, les cliniciens de toutes professions ont travaillé avec des gestionnaires pour élaborer ces documents : il n'y avait pas d'échappatoire possible, il fallait faire ensemble pour finaliser le projet. Ce fut un gros travail mais qui laisse encore aujourd'hui pour ceux qui y ont participé un bon souvenir de travail en commun avec finalement une grande compréhension mutuelle. La suite de cette étude a permis relativement rapidement d'élaborer dans le même esprit de collaboration les procédures issues des processus pour obtenir en 2000 la certification ISO 901-2000. Cette reconnaissance certifiante peut être considérée, dans le contexte de la Fondation, comme la concrétisation d'un certain faire-ensemble entre pratique clinique et pratique de gestion.

En 2007, le mode de financement change entre l'État et les institutions sanitaires avec la mise en place d'un contrat de prestations signé par les partenaires. Suite à cette modification, la Direction de la Fondation met en place une gestion globale par projets pour l'ensemble de l'institution en instaurant un Contrat Interne de Prestations⁹¹³ (CIP). Ce contrat interne est signé entre les responsables de service et la Direction. Il définit le projet de service, son organisation, sa gouvernance et son financement ainsi que les engagements des deux parties. Il vise à intégrer tous ces éléments pour mieux les faire « jouer » ensemble. Il doit se décliner jusqu'aux unités de soins avec leur propre projet. Ainsi chaque collaborateur doit identifier sa place dans le système global. Ce dispositif favorise beaucoup le faire-ensemble entre pratique clinique et pratique de gestion. Ce n'est pas sans rappeler le positionnement des fondateurs dans le sens de faire-ensemble : *« Ouvrir une maison dans laquelle la foi puisse être alliée à la médecine en vue de la guérison*

⁹¹² Aleph, étude sur l'information et la documentation clinique, document interne, 1996

⁹¹³ Bergeron J. *Le contrat interne de prestation à la Fondation de Nant*, Mémoire de Master 2, « Droit, Economie, Gestion », Ifross, Université J. Moulin Lyon 3, 2002

des malades.⁹¹⁴ » Ce contrat interne de prestations permet une délégation claire et une décentralisation de la gestion au plus près de l'activité pour améliorer la réactivité des unités de soins aux inévitables changements. L'objectif est de déléguer de manière plus claire et formelle, de favoriser l'autonomie des services et de permettre plus de réactivité. Ce contrat implique la formalisation du projet globale des services et unités. C'est la logique de projet et sa dynamique qui est intéressante. Elle est identique à celle du projet clinique ou thérapeutique dont nous avons relevé plus haut quelques éléments. Même logique, même dynamique, il y a là une solide homologie qui devrait parler tant aux cliniciens qu'aux gestionnaires.

Il existe d'autres formalisations de ce faire-ensemble. Par exemple, le rapport annuel des directions médicale et administrative se fond en un seul rapport commun et restera dans cette configuration. Nous pourrions signaler également la participation du directeur administratif au collège des soignants (qui deviendra collège de secteur) créé en 1984 pour la coordination de soins du nouveau secteur psychiatrique qui venait de réunir l'ensemble des unités du secteur préalablement scindées en deux, d'un côté l'ambulatoire géré par l'État et de l'autre l'hospitalier géré par Nant. Nous pourrions également indiquer la volonté du directeur administratif de comprendre la dimension clinique en faisant sa propre psychanalyse et en se faisant faire un enveloppement humide tel qu'on le pratique avec un certain type de patients. L'inverse, la formation de médecins à la gestion viendra plus tard, celle des cadres infirmiers étant acquise depuis la fin des années septante : trois médecins chefs feront la formation bachelor en management de proximité des organisations sanitaires et sociales à l'Institut du Bellay en 2011.

Le faire-ensemble appelle à des espaces formels et communs d'échanges, de réflexion et de rencontre ou encore de formation. Il nécessite une organisation appropriée avec des services à taille humaine dans lesquels les relations sont facilitées, les personnels se connaissent, se rencontrent et entretiennent une culture et un langage professionnel commun. Les espaces de rencontre peuvent être subdivisés en trois : ceux de la clinique, de la gestion et de l'institution que le tableau ci-dessous résume :

⁹¹⁴ Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967, p. 1

Tableau 6. Les espaces formels d'échange

Type	Caractéristiques et objectifs	Participants	Fréquence
Clinique	Colloque d'unité de soins : réflexion et cohérence clinique	Équipe interdisciplinaire	Hebdomadaire
	Supervision : qualité des soins et formation	Équipe disciplinaire ou interdisciplinaire	Selon besoin
	Séminaire : formation	Équipe disciplinaire ou interdisciplinaire ou transverse	Variable : hebdomadaire, bimensuel, mensuel
	Présentation de secteur : culture commune du soin et réflexion clinique	Ensemble des collaborateurs	Six fois par an
	Conférence : formation	Ensemble des collaborateurs et invitation publique	Environ dix fois par an
Gestion	Direction Générale : gestion courante	Directeurs	Hebdomadaire
	Direction : gestion courante	Directeurs et chefs de service	Bimensuel
	Rencontre Direction et service : suivi des contrats internes de service	Direction et responsables et cadres de service avec invités	Annuel
	Comité de Direction : stratégique et lien avec le Conseil de Fondation	Représentant du Conseil de Fondation et directeurs	Mensuel
	Conseil de Fondation : stratégique et politique	Membres et Directeur Général avec invités	Quatre fois par an
Général	Accueil : intégration des nouveaux collaborateurs	Nouveaux collaborateurs et ensemble des personnels	Annuel
	Forum : réflexion et culture commune	Ensemble des personnels	Annuel
	Apéritifs institutionnels : rencontres informelles	Ensemble des personnels	Départ des médecins assistants (internes), Noël

Le faire-ensemble clinique dans la ligne du projet du Dr Miéville en référence à la psychanalyse nécessite des espaces de mise en commun, de supervision et de formation auxquels, au mieux, peut s'ajouter l'expérience thérapeutique personnelle. Ce sont des espaces d'échanges et de partages qui sont formels et informels, de nombreuses choses se passant dans l'interstice. Il faut préciser que tous ces espaces sont pour la plupart interdisciplinaires, ce qui est indispensable pour partager le même cadre de référence, se comprendre mutuellement, et construire une culture commune du soin psychique. Les

collèges de service ont une visée clinique avec une dimension plus organisationnelle. Les espaces institutionnels sont les rencontres organisées pour l'ensemble des collaborateurs ou l'ensemble des soignants ou des cadres. Ils recouvrent le forum annuel et l'accueil des nouveaux collaborateurs, ainsi que les apéritifs annuels pour la fin de l'année ou à l'occasion du départ des médecins assistants qui s'adressent à tous les collaborateurs. Les rencontres de secteur, puis institutionnelles, s'adressent quant à elles en priorité aux soignants. Il s'agit de présenter une situation ou une problématique clinique et d'échanger avec les participants. Ces rencontres présentent divers objectifs tels que réfléchir ensemble à la clinique, connaître les pratiques des autres, entretenir encore une fois une culture commune du soin psychique, promouvoir et valoriser les pratiques institutionnelles, ou encore favoriser la reconnaissance des compétences des collaborateurs et les aider à conceptualiser et présenter leur pratique. Les non-cliniciens sont les bienvenus dans l'objectif qu'ils puissent mieux comprendre et connaître le travail des cliniciens.

Quant aux espaces de gestion, ce sont les rencontres hebdomadaires de Direction Générale, organe officiel selon les statuts de la Fondation, qui réunissent les directeurs pour gérer l'opérationnel. Les rencontres bimensuelles de Direction réunissent les directeurs et l'ensemble des chefs de service, médecins chefs et/ou adjoints et les infirmiers chefs et/ou adjoints. L'objectif de ces réunions est d'être plus en lien avec les responsables et « aplatir » la hiérarchie en partageant les informations, les préoccupations et en réfléchissant ensemble aux différents problèmes et projets institutionnels. L'implication de ces collaborateurs dans la gestion de l'établissement est recherchée, ainsi que la circulation des informations dans les deux sens (Bottom - up et top - down). Le Comité de Direction mensuel, organe officiel selon les statuts de la Fondation, est composé du Président et du Vice-Président du Conseil de Fondation ainsi que des directeurs. Ses attributions statutaires font l'objet d'un règlement officiel adopté par le Conseil de Fondation. Il avalise les décisions financières importantes ou orientations stratégiques, la nomination des cadres supérieurs et suit les finances et la gestion globale de l'établissement. Il est le relais avec le Conseil de Fondation ce qui en fait un organe essentiel. Les rencontres entre la Direction et les services ou unités de soins sont organisées pour faire le bilan annuel du service ou des unités de soins. C'est l'occasion de faire l'évaluation du contrat de prestations interne. Elles permettent de

mieux connaître les services, leurs satisfactions et leurs difficultés. C'est également l'espace permettant de connaître les projets futurs ou autres développements souhaités.

En 2005, la configuration de la Direction change avec la nomination d'un directeur général auquel est subordonnée la direction médicale et des soins. En soi, le principe du faire-ensemble pourrait ne pas changer, mais force est de constater que depuis lors, le faire-ensemble s'est dégradé, malgré les tentatives pour adapter l'organisation dans un sens plus collectif. Après quelques années dans cette nouvelle configuration, tant par rapport à la structure qu'à la personne qui occupe le poste de directeur général, le faire-ensemble est mis à mal, notamment avec la direction médicale. Depuis le départ mal préparé en 2005 du directeur médical, ce poste n'a pas été occupé sereinement pour un temps significatif. Son remplaçant occupe le poste pendant deux ans et s'ensuit un intérim avant qu'un autre psychiatre ne prenne le poste et démissionne cinq ans plus tard. Aucun n'a été en mesure de préparer sa succession et s'en suivra encore un intérim. Ce manque de stabilité ne profite ni à la gestion collective de l'établissement ni à la transmission de la culture institutionnelle.

Revenons sur quelques points contextuels. Depuis 1985, l'institution s'est agrandie et la structure organisationnelle peine à répondre aux besoins (Figure 12 : Organigramme de la Fondation de Nant, 2011Figure 12).

Le collège de secteur ne peut plus traiter tous les points cliniques qui relèvent de sa fonction. Ainsi, le collège de secteur se subdivise en collèges de service : un pour la pédopsychiatrie, un pour la psychiatrie de l'adulte et un pour la psychiatrie de l'âgé. Un collège de - secteur - nouvelle formule, chapeaute le tout mais sa fonction ne convainc personne malgré les tentatives de reconfiguration cette instance, elle peine à trouver sa place dans l'organisation encore actuellement. Après l'instauration du poste de directeur général qui ajoute une couche dans la hiérarchie, se crée une instance de direction qui inclut, en plus des directeurs, les responsables de service pour pallier en quelque sorte à l'étage hiérarchique supplémentaire instauré et viser une direction plus collective et participative. À partir de là, la perspective du faire-ensemble est investie dans une gestion par binôme médico-infirmier ou médico-psychologique des services. Cette organisation par binôme est très en homologie avec la pratique clinique qui fonctionne

majoritairement par binômes médico-infirmiers pour les prises en soins. Quoi qu'il en soit, le faire-ensemble est une préoccupation constante et tente de trouver son modus vivendi au fil de l'évolution institutionnelle.

La direction se veut proche de ses collaborateurs et les responsabilités se veulent partagées dans un système intégré, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de filière pour chaque domaine, mais chacune des trois filières principales (gestionnaire, médicale et soignante) se charge de l'ensemble. Par exemple, ce sont les responsables cliniques qui sont également responsables du système qualité dans leur service, et ce sont les espaces de rencontre de chaque service qui servent à traiter ce type d'élément. Il n'existe pas un système qualité distinct. Il en est de même pour le suivi des cibles financières attribuées à chaque unité et collaborateurs. Tous ces éléments sont intégrés dans le contrat interne de prestations, signé entre les responsables médico-infirmiers de chaque service et la Direction.

D'autres éléments d'homologie pourraient être traités, par exemple la proactivité, tellement nécessaire en clinique comme en pratique de gestion, la réflexivité pour trouver et garder le bon cap, le travail sur le sens pour mettre l'accent sur le pourquoi plus que sur le comment, les représentations partagées pour favoriser le faire-ensemble ou encore la personne comme instrument de soin et de pratique de gestion, etc. La liste pourrait s'allonger sans fin et aboutir à un dangereux « tout homologique » qui ferait perdre crédit à un constat prometteur dans les homologies pour mieux faire-ensemble. Dès lors, il nous semble préférable de parler de posture pour les cliniciens et gestionnaires qui s'efforcent de voir des parentés, des homologies entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. Cette posture correspond à un état d'esprit qui travaille à faire dialoguer les pratiques de gestion et les pratiques cliniques. Il s'agit peut-être d'une culture qui pourrait contribuer à la pérennité de l'établissement « *Construire ce qu'il est convenu d'appeler une culture, c'est construire quelque chose de pérenne.* ⁹¹⁵ »

⁹¹⁵ Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 211

3.3. L'interstice, catalyseur de l'homologie

3.3.1. L'interstitiel

«... toute communauté a besoin de zones floues pour rester soudée.⁹¹⁶ »
«... Mayo, Roethlisberger, Lewin et McGregor. Ces pionniers et leurs successeurs ont montré l'intérêt de considérer les organisations comme des systèmes de relations.⁹¹⁷ »

Nous nous intéressons à l'interstice en tant que sous-couche des strates organisationnelles. Cette sous-couche est formelle et informelle, c'est-à-dire structurée et non structurée et relève de dynamiques conscientes et inconscientes. L'interstice au sens que nous lui donnons reprend le point de vue des psychanalystes et celui de l'informel des gestionnaires. Il s'agit également d'un espace partiellement organisé ou favorisé comme c'est le cas à la Fondation de Nant. Le point important est de laisser la possibilité à chacun, quelle que soit sa fonction, de trouver dans ces espaces une véritable opportunité de parole, de relation, de marge de manœuvre et pour l'établissement un levier de gestion institutionnel.

L'interstice est un « *mince espace qui sépare deux choses* »⁹¹⁸. Si l'interstice sépare, il relie également, c'est un espace paradoxal. C'est sur ce double mouvement que le travail institutionnel fonde son faire-ensemble, tant dans la pratique clinique entre cliniciens que de manière générale, dans l'articulation entre cliniciens et gestionnaires. Il peut être considéré comme un espace de travail dans lequel se joue une dynamique spécifique du fonctionnement institutionnel. Gestionnaires et psychanalystes s'y sont intéressés.

L'entre-deux, autrement dit l'interstitiel, fait l'objet d'un intérêt de plus en plus marqué dans de nombreux domaines. Les espaces interstitiels semblent omniprésents et indispensables au fonctionnement qu'il soit social, institutionnel ou anatomique. M. Foucault s'est intéressé à ces espaces sociaux qu'il qualifie d'« autres » et qu'il nomme « hétérotopie » ; concept que nous apparentons à l'interstitiel : « *Il y a également, et ceci probablement dans toute culture, dans toute civilisation, des lieux réels, des lieux effectifs, des lieux qui ont dessiné dans l'institution même de la société, et qui sont des sortes de contre-emplacements, sortes d'utopies effectivement réalisées dans lesquels les emplacements réels,*

⁹¹⁶ Garouste G. *L'intranquille, autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*, Le livre de poche, Paris, 2009, p. 76

⁹¹⁷ Lawrence P. Lorsch J. *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, deuxième tirage, 1994, p. 155

⁹¹⁸ <http://www.cnrtl.fr/definition/interstice> consulté le 2.05.2013

*tous les autres emplacements réels, que l'on peut trouver à l'intérieur de la culture sont à la fois représentés, contestés et inversés, des sortes de lieux qui sont hors de tous lieux, bien que pourtant ils soient effectivement localisables. Ces lieux, parce qu'ils sont absolument autres que tous les emplacements qu'ils reflètent et dont ils parlent, je les appellerai, par opposition aux utopies, les hétérotopies.*⁹¹⁹ » D'un autre côté et d'un point de vue anatomique, on trouve des tissus interstitiels à l'instar de la névroglie, tissu de soutien neurologique : « *Dans les centres nerveux, les interstices entre les cellules et les fibres sont occupés par un tissu de soutien particulier : la névroglie...* »⁹²⁰ L'interstitiel occupe ainsi de nombreux champs et remplit des fonctions variées et probablement indispensables que nous allons investiguer dans le fonctionnement institutionnel.

Dans le champ de la gestion et de la psychanalyse, l'interstitiel est également un domaine de plus en plus investi. Les fonctions de cet espace « de l'ombre » sont de plus en plus « visibles » : captation de ce qui ne paraît pas dans les espaces plus officiels, support des collaborations et du travail en réseau, augmentation de la réactivité, stimulation de la créativité et de l'innovation, possibilité unique de transformation, lieu identitaire, etc. Préalablement, nous pouvons considérer que cet espace est celui de l'informel, espace connu et reconnu dans le domaine de la gestion.

Le point de vue des psychanalystes est essentiellement, voire exclusivement, centré sur les processus inconscients (*The unconscious at work*⁹²¹) et le travail de transformation psychique possible. Les gestionnaires se sont plutôt intéressés à l'informel dans les organisations^{922 923} pour tenter de comprendre le fonctionnement des organisations jusqu'à devenir « *une notion centrale dans la théorie des organisations...* »⁹²⁴ bien qu'il reste « un concept fantôme ».

⁹¹⁹ Foucault M. *Des espaces autres, hétérotopies*, Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, Architecture, Mouvement, Continuité, N° 5, octobre 1984, pp. 46-49

⁹²⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/névroglie>, consulté le 14.08.2014

⁹²¹ Obholzer A. Zagier Robert V. *The unconscious at work : individual and organisational stress in the human services*, Kanarcbooks, Routledge, New York, 1994

⁹²² Geoffroy F. *Penser l'informel, non-concept ou méta-concept pour le management ?* Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2011/43, Vol. XVII pp 49-62

⁹²³ Brunet L. André Savoie A. *La face cachée de l'organisation, Groupes, cliques et clans*, Les Presses de l'Université de Montréal, Collection paramètres, 2003

⁹²⁴ Geoffroy F. *Penser l'informel, non concept ou méta concept pour le management ?* Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2011/43, vol. XVII, p. 51

Il est défini comme le non prescrit, le non officiel, à l'opposé du formel. «... *il correspond aux « liens spontanés et flexibles établis entre les membres de l'organisation sur la base de sentiments et d'intérêts personnels indispensables au fonctionnement de la partie formelle, mais qui sont trop fluides pour être contenus dans le cadre formel. »* (Dalton, 1959, p. 219)⁹²⁵ » L'informel se construit sur les liens entre collaborateurs pour remédier aux insuffisances du système. « *L'organisation informelle résulte de la formation de liens qui se constituent infailliblement dans tout système social.* »⁹²⁶ » Une organisation peut tenter de minimaliser l'informel considéré comme un contre-pouvoir, ou au contraire le favoriser pour laisser aux collaborateurs des marges de manœuvre utiles au bon fonctionnement. Dans un établissement où les relations humaines sont prioritaires, l'informel ne peut qu'avoir une place prépondérante si l'on considère la marge nécessaire à tout travail relationnel. « *L'informel est une réaction adaptative, régulatrice et compensatrice par rapport à l'organisation formelle qui détermine les marges et les limites des acteurs... L'informel est alors utilisé pour faire face aux insuffisances « sociales » et/ou techniques de l'organisation... L'informel est alors un associé utile au formel et, s'il est placé dans des conditions favorables, il peut devenir une importante source de force et de valeurs ajoutée. (Mais) L'informel peut-il être managé ?* »⁹²⁷ »

3.3.2. De l'informel à l'interstitiel

L'interstitiel est un développement de l'informel. Cette notion a ouvert un champ d'investigation qui introduit de nombreuses perspectives, et il est en passe de devenir le concept actualisé de l'informel. « *On les appelait auparavant les « moments informels », et il est important de souligner tout de suite ce déplacement sémantique jusqu'à cette dénomination plus contemporaine d'« interstitiel », dans la mesure où elle annonce une ouverture vers un large éventail conceptuel.* »⁹²⁸ » En effet, l'informel et/ou l'interstitiel suscitent un intérêt de plus en plus soutenu notamment pour la psychanalyse comme pour les sciences de gestion. « *Comme c'est le cas dans le monde social, entrepreneurial et*

⁹²⁵ Geoffroy F. *Penser l'informel, non-concept ou méta-concept pour le management ?* Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2011/43, Vol. XVII p. 52-3

⁹²⁶ Brunet L. André Savoie A. *La face cachée de l'organisation, Groupes, cliques et clans*, Les Presses de l'Université de Montréal, Collection paramètres, 2003, p. 33

⁹²⁷ Geoffroy F. *Penser l'informel, non-concept ou méta-concept pour le management ?* Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2011/43, Vol. XVII p. 59

⁹²⁸ Marciano P. Benadiba M. *Temps et espaces interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants*, VST, 2007/3, N° 95, p. 79

*imaginaire dans lequel elles s'inscrivent : la psychanalyse et la gestion se penchent de plus en plus vers l'interstitiel.*⁹²⁹ » Psychanalyse et gestion partagent un intérêt commun pour ce sujet - un de plus - qui pourrait contribuer aux synergies à construire entre ces deux univers.

F. Geoffroy⁹³⁰ fait remonter le terme « informel » à 1608 : il désignait dans le monde anglo-saxon le « *non officiel, l'irrégulier et le non formel* ». Il avance que les racines du concept se trouvent déjà chez le philosophe grec Héraclite d'Ephèse (VI^{ème} siècle av J.C.). Mais concernant la gestion, le premier à s'y être intéressé est C. I. Barnard en 1938, suivi de près, en 1939, par F. J. Roethlisberg et W. J. Dickson. Pour eux, l'informel est ce qui n'est pas prescrit formellement dans une organisation. La suite de l'historique du concept de Geoffroy montre qu'il n'y a pas à proprement parler de consensus sur le sujet. « *La polysémie de l'informel pose problème et déforme son essence car les définitions proposées sont si imprécises et si larges qu'elles nécessitent le plus souvent une délimitation.*⁹³¹ » Bien que le concept soit ambigu, Geoffroy en tire trois tendances :

1. L'informel comme pratiques non prescrites pour satisfaire leurs besoins ou s'opposer à l'autorité tout en étant bénéfique pour trouver des arrangements et des améliorations.
2. L'informel pour protéger et aider les individus en difficulté.
3. L'informel en tant que relations réelles mais non formalisées par la hiérarchie.

Avant de nous arrêter sur ses tendances et fonctions, il nous semble intéressant de revenir sur l'historique du concept et des différentes définitions proposées par les auteurs retenus par Geoffroy⁹³². Nous reproduisons ci-après son tableau synthétique :

⁹²⁹ Barth I. *L'interstitiel, un nouvel espace de jeu entre psychanalyse et management*, Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, Vol. XVII, N° 43, 2011, p. 31

⁹³⁰ Geoffroy F., op. cit., 2011/43, vol. XVII, p. 54

⁹³¹ Geoffroy F., op. cit., 2011/43, vol. XVII, p. 54

⁹³² Geoffroy F., op. cit., 2011/43, vol. XVII, p. 54

Tableau 7 : les définitions de l'informel

Auteurs	Définitions
Barnard (1938)	« L'organisation informelle est l'ensemble des contacts et des interactions entre personnes et groupes. » (p. 115)
Bouty (2 000)	« L'ensemble des relations interpersonnelles qui ne sont pas mandatées en vertu des règles de l'organisation formelle et qui émergent spontanément de manière à satisfaire les besoins des individus, tant socio-affectifs que purement politiques. » (p. 51)
Friedberg (1993)	«... la seconde (la structure informelle N.D.L.R.) renvoie au foisonnement des pratiques, interactions et relations non prévues officiellement, voire clandestines et occultes, et qui forment ce qu'on pourrait appeler une seconde réalité parallèle, en opposition à la première (la structure formelle N.D.L.R.) » (p. 143)
Krackhardz et Hanson (1993)	« L'informel est le système nerveux central pilotant les processus collectifs les actions, et les réactions de ses unités d'affaires (l'organisation formelle N.D.L.R.) » (p. 342)
Mintzberg (1982)	« La structure informelle est relative aux relations non prescrites entre les membres du groupe de travail. » (p. 26)
Redmond (2003)	« Les institutions informelles sont des systèmes de normes, de conventions, de coutumes et de traditions. » (p. 667)
Roethlisberg et Dickson (1939)	« L'informel correspond aux modèles d'interaction que l'on retrouve dans la réalité mais qui ne sont pas représentés dans la structure formelle ou qui y sont représentés d'une façon inadéquate. » (p. 559)
Simon (1983)	« L'organisation informelle renvoie soit aux relations interpersonnelles qui prévalent dans l'organisation et affectent les décisions mais qui, ou bien sont omises dans le plan formel, ou bien ne sont pas compatibles avec lui. » (p. 131)
Smart, Brookes, Lettice, Backhouse et Burns (2000, 2002)	« L'organisation informelle est un réseau relationnel qui est renforcé par la confiance, les expériences mutuelles, le contexte social et également dans une moindre mesure par le respect. » (p. 4)
Svend (1982)	« L'organisation informelle n'est pas simplement une déviance structurelle, elle est également une réponse collective aux manquements et aux abus de l'autorité formelle au sein des organisations. » (p. 16)
Zenger, Lazzarini et Poppo (2002)	« L'informel, quant à lui, est fondé sur des arrangements implicites , qui sont la plupart du temps socialement influencés donc non accessibles au travers de documents écrits ou nécessairement régis par la position formelle. » (p. 216)

L'informel est apparemment « sans structure » et c'est en cela qu'il peut s'opposer et qu'il est souvent opposé au formel dans le sens d'un contraire, d'un contrepoids ou d'un négatif du formel. Formel et informel sont interdépendants, ils n'existent pas l'un sans l'autre. Ainsi, la question du support de l'informel se pose : si l'informel, tout en existant, n'est pas officiel ni inscrit dans la structure, quel est donc son support ? Les définitions du tableau de Geoffroy montrent assez clairement que l'informel repose avant tout sur un processus relationnel (mis en évidence en gras dans le tableau). « L'organisation informelle correspond, elle, aux relations sociales qui se nouent entre ceux qui travaillent et donc

*interagissent au sein de l'organisation formelle.*⁹³³ » Ce sont les liens, les relations, les interactions ou encore le réseau qui sont le vecteur de l'informel et en même temps, ce sont les relations qui constituent l'informel et l'interstitiel. Ce sont ces espaces qui permettent au « formel », à la bureaucratie, de fonctionner. Ce n'est donc pas étonnant que les psychanalystes, spécialistes par essence de la relation, s'y soient intéressés.

Les psychanalystes, à l'instar des gestionnaires, se sont d'abord intéressés à la dynamique relationnelle à l'intérieur d'une structure : le cadre psychanalytique instauré par S. Freud. En effet, nous pouvons considérer que ce cadre psychanalytique fait office de structure à l'intérieur de laquelle le processus thérapeutique va se dérouler. Il existe une abondante littérature sur le sujet dont l'écrit le plus connu reste l'article de J. Bleger : « *Psychanalyse du cadre psychanalytique*⁹³⁴ » dans lequel il développe les fonctions du cadre analytique en opposant les invariants du cadre au processus dynamique des interactions patients-thérapeutes. Ce cadre thérapeutique classique ne convient pas à tous les patients et notamment à ceux relevant de la logique psychotique. Ainsi, les psychanalystes investis dans le traitement des psychotiques ont trouvé d'autres voies d'accès au traitement psychanalytiques pour ces pathologies, ou apparentées à cette logique de fonctionnement psychique, en interrogeant le cadre « strictement » analytique fait uniquement de séances selon le modèle freudien pour s'intéresser aux espaces interstitiels. Certains, à l'instar de M. Khan, ont pointé une dimension interstitielle – entre deux temps d'élaboration - dans les séances où apparemment rien ne se passe. Ils postulent l'utilité de ces espaces pour laisser le patient « *en jachère*⁹³⁵ » avant que le processus thérapeutique ne reprenne cours.

Malgré quelques rares tentatives au début du XX^e siècle comme celle entreprise par F. Federn avec Gertrude Schwing (infirmière)⁹³⁶, c'est principalement après la Deuxième Guerre mondiale que le mouvement s'est amorcé avec notamment les communautés thérapeutiques anglaises, la psychothérapie institutionnelle en France, et différents développements de soins institutionnels dont celui de P. C. Racamier qu'il a théorisé dans son célèbre ouvrage « *le psychanalyste sans divan*⁹³⁷ ». Sans pour autant conceptualiser un

⁹³³ Dupuy F. *La faillite de la pensée managériale*, éd. du Seuil, Paris, 2015, p.29

⁹³⁴ Bleger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, In *Crise, Rupture et dépassement*, Dunod, Paris, 1979, pp. 255-285

⁹³⁵ Khan M. *Etre en jachère*, In *Passion, solitude et folie*, Gallimard, Paris, 1985, pp. 219-227

⁹³⁶ Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Que sais-je ? Paris, 2004, p. 78

⁹³⁷ Racamier P. C. *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 1970

espace informel, il postule que c'est également dans l'espace hors séance de psychothérapie à proprement parler que le processus thérapeutique s'opère. Il s'agit d'un changement de focus de la séance de thérapie à l'ensemble de la vie institutionnelle, et donc d'une ouverture en direction des interstices.

Les conceptualisations de J. Gunderson à la fin des années septante sur les fonctions thérapeutiques du milieu⁹³⁸ vont dans le même sens. Il s'agit de concevoir l'organisation et les relations dans le milieu de vie comme un agent thérapeutique actif. La recherche de J. P. Lanquetin et S. Tchukriel sur l'informel dans les soins psychiatriques⁹³⁹ met en évidence ce travail infirmier de l'interstice.

Les psychanalystes, tels R. Kaes, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, se sont également intéressés à l'institution et son fonctionnement global pour y investiguer l'inconscient à l'œuvre dans l'établissement et développer des concepts et stratégies d'intervention pour les institutions en difficulté, celles-ci devenant le « patient en analyse ». Les pratiques ont varié, avec plus ou moins de bonheur, en prenant le risque d'appliquer des solutions soignantes aux problèmes d'organisation. Cette préoccupation prend racine dans l'ouvrage de Freud « *Malaise dans la civilisation* » (1930) qui, contrairement à la majorité de son œuvre, investit d'un point de vue psychanalytique le champ social. Plusieurs écoles vont se développer dans ce champ dont la Tavistok Institute⁹⁴⁰ à Londres ou le CEFFRAP⁹⁴¹ à Paris. Il semble que c'est aux confins de l'investigation psychanalytique institutionnelle et du traitement psychanalytique institutionnel que l'intérêt pour l'interstice est né. C'est dans ce double mouvement que R. Roussillon s'est penché sur « *les espaces interstitiels* »⁹⁴². Son développement est très reconnu et sera souvent repris.

⁹³⁸ Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

⁹³⁹ Lanquetin, Jean-Paul, et Sophie Tchukriel, Regards sur une clinique infirmière de la proximité, *Défense de la clinique en psychiatrie*. ERES, 2014, pp. 169-187 et Lanquetin, Jean-Paul, et Sophie Tchukriel, L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie, *Recherche en soins infirmiers*, vol. 114, no. 3, 2013, pp. 95-95

⁹⁴⁰ <http://www.tav institute.org/what-we-do/consultancy-and-executive-coaching/> consulté le 10.05.2013

⁹⁴¹ <http://www.ceffrap.fr/> consulté le 10.05.2013

⁹⁴² Roussillon R. *Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice*, In Kaes et al. *L'institution et les institutions, Etudes psychanalytiques*, Dunod, Paris, 2000, pp157-178

P. Marciano et M. Benadiba ⁹⁴³ postulent que les temps interstitiels ont trouvé actuellement leurs lettres de noblesse : « *Il est désormais admis de désigner par temps interstitiels les moments qui au sein d'un hôpital de jour ne sont pas consacrés aux activités proprement dites ou aux séances de psychothérapie. On leur accorde de plus en plus d'importance dans la mesure où l'on repère de façon bien plus précise que jadis leur pertinente incidence.* ⁹⁴⁴ » Retraçant l'évolution du concept, ils citent quelques auteurs ayant abordé formellement les temps informels. René Diatkine parle de « *temps vagues* », L. Metzger et S. Delacroix « *d'aires de créativités* », M. Carton (1986) « *d'espace-transition* » : « *Cet espace aidera l'enfant à constituer ce lieu imaginaire interne où les tensions peuvent se relâcher, où les excitations peuvent s'apaiser, où la solitude n'est pas désespoir...* » et P. Delion de « *temps interstitiels* » indispensables au dispositif thérapeutique, « *dispositif complexe constitué de différents ordres complémentaires articulé...* ⁹⁴⁵ ». Pour lui, ces temps interstitiels sont indispensables parce qu'ils sont porteurs d'une possible émergence de « *potentialités créatrices* » qui ne se développeront pas dans les autres espaces thérapeutiques.

Comme nous l'avons signalé, R. Roussillon est sans doute le psychanalyste qui a le plus développé le concept d'interstice. À notre avis, c'est à lui que revient la paternité de l'appellation « interstice » dans le domaine du soin psychique avec sa contribution publiée en 1996 : « *Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice* ⁹⁴⁶ » qui fait date. Il y montre comment ce qui n'a pas pu être élaboré en séance formelle peut l'être dans ces temps interstitiels qui portent en soi un potentiel de transformation et de métabolisation très intéressantes. Il ajoute que cet espace appartient à tous, à l'instar du cadre thérapeutique qui « *n'appartient à personne* » selon la formule de J. Hochmann⁹⁴⁷, puisqu'il appartient à chacun. Ce point de vue est partagé par Bonnet : « *Le milieu interstitiel est une composante commune à tous les acteurs. Il est par conséquent un*

⁹⁴³ Marciano P. et Benadiba M. *Temps et espaces interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants*, VST, 2007/3, N° 95, p. 80

⁹⁴⁴ Marciano P. et Benadiba M. *Temps et espaces interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants*, VST, 2007/3, N° 95, p. 79

⁹⁴⁵ Delion P. *Accueillir la personne psychotique : espace thérapeutique, temps interstitiels et vie quotidienne*, In *Psychose et vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, éres, Toulouse, 1998, p. 18

⁹⁴⁶ Roussillon R. *Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice*, In *Kaes et al. L'institution, les institutions, études psychanalytiques*, Dunod, Paris, 1996, pp. 157-178

⁹⁴⁷ Hochmann J. *Le cadre n'appartient à personne*, In *Bleandonu G. Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques : quatrièmes Journées d'étude francophones sur les hôpitaux de jour*. PUL, Lyon, 1992

*ensemble auquel chaque acteur appartient et pas seulement un intervalle...*⁹⁴⁸ » En même temps, il ne s'agit pas d'un espace privé ce qui est, de prime abord, quelque peu paradoxal, mais ce statut paradoxal est essentiel à son fonctionnement, et notamment à sa valeur régulatrice. Nous reviendrons sur cette notion centrale avec les éclairages de Winnicott. En résumé, nous aurions affaire à un espace de transformation au statut ambigu, voire paradoxal privé-public.

Comment expliquer cet intérêt assez nouveau pour l'interstice ? Nous pensons qu'il répond à une nécessité qui a probablement toujours existé et qui actuellement tient à l'évolution des institutions, et notamment, à ce mouvement qui tend à formaliser sous forme de procédures un maximum d'activités thérapeutiques en programmes de soins. De plus, le développement des spécialisations a obligé les spécialistes à travailler ensemble pour dépasser les cloisonnements délétères et les clivages professionnels néfastes à l'activité et trouver des espaces de rencontre et de collaboration. « *Les relations sont passées d'une verticalité rigide, formelle et parfois perverse, à une latéralité très précisément régulée, qui libère l'expression et l'énergie collective.*⁹⁴⁹ » Le faire-ensemble est incontournable pour assurer l'activité et la réactivité : les collaborations sont devenues indispensables à l'intérieur des organisations et entre les organisations. La décentralisation, la collaboration interdisciplinaire, les processus transverses, les organisations matricielles, la gestion par projet ou encore les trajectoires de patients dans le domaine de la santé obligent à collaborer, et « *les liens hiérarchiques ne sont plus suffisants face à des savoirs distribués et à l'impérieuse contrainte de réactivité des organisations.*⁹⁵⁰ » De plus, ces collaborations ne s'arrêtent pas aux portes des organisations mais se poursuivent entre institutions pour un travail de réseau devenu tout aussi indispensable. Dès lors, de nouvelles perspectives organisationnelles doivent voir le jour.

Cette évolution augmente l'incontournable complexité des systèmes et les zones d'incertitudes. « La complexité s'impose d'abord comme impossibilité de simplifier ; elle surgit là où l'unité complexe produit ses émergences, là où se perdent les distinctions et clartés dans les identités et les causalités, là où les désordres et incertitudes perturbent

⁹⁴⁸ Bonnet D. *Penser le changement à partir de la notion de milieu interstitiel*, Revue internationale de psychosociologie, N° 43, Vol. XVII, 2011, p. 87

⁹⁴⁹ Orgogzo I. *Postmodernisme et action dans un monde incertain*, Thérapie Familiale, 204/4 (vol 25), p. 443

⁹⁵⁰ Nobre T. *L'innovation managériale à l'hôpital*, Revue française de gestion, 2013/6, N° 235, p. 123

les phénomènes...⁹⁵¹ » Elle crée un certain désordre qui a modifié le positionnement des acteurs, ainsi : «... les comportements des individus dans les organisations s'organisent autour de l'implicite, du non codifié, de l'éphémère, de l'improvisation.⁹⁵² » Plutôt que de tenter d'y mettre de l'ordre, il s'agirait donc de gérer ce relatif désordre issu des problèmes spécifiques de collaboration et de coordination. Le désordre est par essence complexe et se pose l'épineuse question de sa gestion : gérer en structurant effacerait l'efficacité d'une organisation autour de l'implicite et la laisser courir risquerait le chaos. C'est sur cette délicate ligne de crête que l'interstice a quelque chose à jouer et la proximité des acteurs y contribue probablement « parce qu'elle permet des relations informelles et donc un transfert d'informations complexes grâce aux distances interindividuelles et interorganisationnelles courtes »⁹⁵³.

Pour E. Morin, il faudrait un méta point de vue pour rallier les différentes logiques, même antagonistes, sans en perdre la complexité. C'est précisément le point de vue d'Einstein : « *aucun problème ne peut être résolu sans changer le niveau de la prise de conscience qui l'a engendré.*⁹⁵⁴ » Dans ce sens, l'interstice pourrait peut-être constituer l'espace où peut s'élaborer ce méta point de vue par sa position d'entre-deux ni dans un champ ni dans l'autre et en même temps dans les deux, et favoriser un changement de niveau qui partirait de cet entre-deux ?

Dans un contexte voisin, I. Comtet⁹⁵⁵ fait l'apanage du bricolage que nous pourrions également considérer comme un aspect de l'interstitiel. Dans le contexte de la mise en place des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les organisations, le bricolage est indispensable à la réalisation des tâches. En effet, il n'existe pas de système complètement compatible avec les besoins spécifiques d'un contexte : il faut donc réagir et ajuster. En référence au bricolage que Levi Strauss développe dans « *la science du concret*⁹⁵⁶ », elle considère le bricolage comme une compétence professionnelle

⁹⁵¹ Morin E. *La méthode, la nature de la nature*, Seuil, Paris 1977, p. 377

⁹⁵² Barth I. *L'interstitiel, un nouvel espace de jeu entre psychanalyse et management*, Revue internationale de psychosociologie, 2011, /43, Vol XVII, p.31

⁹⁵³ Gomez P.-Y. Rousseau A. Vandangeon Derumez I. *Distance et proximité*, Revue française de gestion, 2011/4 N° 213, p. 16

⁹⁵⁴ Einstein A. cité In Bonnet D. *Penser le changement à partir de la notion de milieu interstitiel*, Revue Internationale de Psychosociologie, 2011, N° 43, Vol. XVII, p. 83

⁹⁵⁵ Comtet I. *Entre usage professionnel des TIC et structure organisationnel : la capacité au bricolage comme compétence adaptative*, Etudes de communication, 33/ 2009, pp. 119-134

⁹⁵⁶ Levi Strauss C. *La pensée sauvage*, (1962) Gallimard, La Pléiade, Paris, 2008, p. 576

qui permet l'appropriation de la technologie et sa contextualisation. En effet, le bricolage permet de mettre en place des réponses rapides et efficaces qui relèvent de l'improvisation et de l'intelligence pratique, et qui ne relèvent pas des structures formelles. Il nécessite un espace de liberté qui favorise la créativité et la réactivité. Cette idée du « noble bricolage » est très parlante pour le domaine des soins dans lequel aucune situation clinique n'est identique, et encore davantage dans le champ du soin psychique, où l'improvisation et l'ajustement sont de mise au quotidien. Cette forme de bricolage fait partie du management agile dans lequel cette indispensable marge de liberté joue avec la structure. Dans ce sens, nous pouvons le considérer comme un travail de l'interstice.

Les collaborations, et notamment dans le travail de réseau qui le met en évidence, se jouent dans l'entre-deux. « *L'entre-deux concerne l'articulation à "l'autre"...*⁹⁵⁷ » Une fois de plus se révèle le paradoxe de cet espace entre-deux qui sépare mais qui, en même temps, peut relier. « *L'entre-deux est une forme de coupure-lien entre deux termes, à ceci près que l'espace de la coupure et celui du lien sont plus vastes qu'on ne le croit ; et que chacune des deux entités a toujours déjà partie liée avec l'autre.*⁹⁵⁸ » En vertu du travail de collaboration, ou au contraire de sa non-collaboration, cet espace a une double face : soit d'un lien et d'une alliance, soit d'une distance. L'entre-deux est donc potentiellement un espace de lien et d'interactions sur lesquels les collaborations se fondent, c'est un espace hautement relationnel dont le travail en réseau a besoin. C'est également un lieu à haut potentiel créatif selon Sibony⁹⁵⁹, c'est dans l'entre-deux que se trouve l'origine et que se crée l'identité, à l'image de l'homme, issu d'une relation entre un homme et une femme. Dans cette optique, nous pourrions postuler que la manière dont sont investis institutionnellement les espaces interstitiels contribue à forger son identité.

L'interstice est un espace relationnel, la rencontre se fait dans cet entre-deux. « *L'entre-deux concerne l'articulation à l'autre...*⁹⁶⁰ » Pour R. Roussillon, cet espace interstitiel est un espace de régulation de la vie psychique de l'institution dans lequel on « *baisse la garde* » et laisse un peu son statut et son identité professionnelle en veilleuse, ce qui facilite la relation⁹⁶¹. Un espace relationnel reconnaît de fait la dimension affective, ce qui

⁹⁵⁷ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 15

⁹⁵⁸ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 11

⁹⁵⁹ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 15

⁹⁶⁰ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 15

⁹⁶¹ Roussillon R. *Espaces et pratiques institutionnelle. Le débarras et l'interstice*, In Kaes et al. *L'institution, les institutions, études psychanalytiques*, Dunod, Paris, 1996, pp. 166-7

ouvre un champ qui va au-delà des rationalités et offre une potentielle richesse d'échanges et de « trouvailles ». C'est le lieu où se nouent des liens qui permettent de faire équipe. P. Fustier estime que cet espace fait écho au plaisir archaïque d'être ensemble : «... *l'interstice pourrait être compris comme un espace-temps pendant lequel un groupe de personnes s'attache à convoquer pour le revivre cet heureux temps des origines, dans la reprise existentielle d'un moment fondateur.* »⁹⁶² Le plaisir, autrement dit l'investissement affectif positif, est très important, il s'agit de l'élan de vie, le moteur nécessaire à la réalisation du travail. Dans les soins psychiques, si l'on suit P. C. Racamier ou J. Hochmann, c'est lorsque les soignants investissent positivement leur travail, et notamment la réflexion les concernant, que les patients peuvent investir leur traitement. Si la dynamique relève peut-être de l'illusion groupale, chère à D. Anzieu⁹⁶³, elle n'en soude pas moins les membres d'une équipe dans un certain plaisir à être ensemble profitable au faire-ensemble. Si l'institution permet ce temps « affectif », c'est que le non raisonnable est admis. Comme en psychanalyse, l'associatif - et non seulement le déductif - est source de connaissances et de créativité. Nous pourrions voir dans l'interstitiel une certaine forme de sérendipité, une possibilité de saisir au bond ce qui se présente, autrement dit une possibilité d'une certaine forme de réactivité et de créativité.

Pour poursuivre dans cette direction, l'interstice peut être vu comme un espace de captation générale. En effet, si nous suivons R. Roussillon, il irait dans l'interstice ce qui n'a pas pu trouver place dans les espaces formels. « *À côté de l'institution structurée, s'organisent des fonctionnements institutionnels atypiques (atopique - utopique) - interstitiels - dans lesquels se localise ce qui n'est pas inscriptible ailleurs.* »⁹⁶⁴ Il y aurait donc matière à puiser dans cet espace en complémentarité avec ce que le formel révèle. Pour P. Marciano⁹⁶⁵ il s'agit d'un espace asynchrone qui permet à ceux qui n'ont pas pu s'exprimer dans les scènes formelles de le faire en « différé » ce qui participe à rattraper en quelque sorte ce qui serait autrement perdu. Dans le même sens, il y a également la possibilité de capter le non dit comme le souligne D. Bonnet⁹⁶⁶ «... *le milieu interstitiel...*

⁹⁶² Fustier P. *L'interstice et la fabrique de l'équipe*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2012, N° 14, p. 88

⁹⁶³ Anzieu D., *L'illusion groupale*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1971, n° 4, pp. 73-93

⁹⁶⁴ Roussillon R. *Espaces et pratiques institutionnelle. Le débarras et l'interstice*, In Kaes et al. *L'institution, les institutions, études psychanalytiques*, Dunod, Paris, 1996, pp. 159

⁹⁶⁵ Marciano P. et Benadiba M. *Temps et espaces interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants*, VST, 2007/3, N° 95, p. 85

⁹⁶⁶ Bonnet D. *Penser le changement à partir de la notion de milieu interstitiel*, Revue Internationale de Psychosociologie, 2011, N° 43, Vol. XVII, p. 91

*permet de pousser les investigations pour l'analyse du non-dit... » Saisir le non-dit est intéressant mais il y aurait aussi dans l'interstitiel un autre axe fait de ce qui n'a pas pu être pensé si l'on revient à R. Roussillon. Dans ce même sens, I. Barth et C. Bourion⁹⁶⁷ montrent dans leur recherche que l'interstice serait « l'habitat » de l'impensé. Ainsi, en regard de ces deux dimensions, l'interstice devient un espace extrêmement riche en donnant la parole au non-dit et aux impensés. Potentiellement, il peut être un lieu « *de l'entre-deux et du passage mais aussi un lieu de l'informe au sens de ce qui attend de prendre forme.*⁹⁶⁸ » De ce fait, c'est un « *espace dynamique*⁹⁶⁹ » qui capte, qui donne forme et donc favorise l'innovation et la réactivité. Il est peut-être intéressant de préciser que cet interstice se trouve tant en interne de l'organisation qu'en externe, c'est-à-dire entre organisations, ou organisations et environnement, comme le relèvent H. Draelants et C. Maroy : « *... les entrepreneurs qui se trouvent aux intersections et aux interstices de réseaux et champs d'organisations, sont davantage que d'autres susceptibles de bricolages innovateurs...*⁹⁷⁰ »*

En plus de ces dimensions, nous pouvons concevoir l'interstitiel comme un espace de transformation qui peut prendre plusieurs acceptions. Donner forme est en soi une transformation qui va de l'informe à quelque chose qui a pris forme. Il rendrait possible une certaine sédimentation de différents éléments pour qu'ils prennent forme et sens par le partage et les échanges. « *Le milieu interstitiel est une composante à tous les acteurs. Il est par conséquent un ensemble auquel chaque acteur appartient... Il est par conséquent une composante de l'espace de transformation... C'est un lieu du moment de la transformation. Dans la théorie socio-économique, ce moment est celui où s'exercent les processus de l'interactivité cognitive et de l'intersubjectivité contradictoire.*⁹⁷¹ » La transformation serait issue d'un double processus dans l'échange de savoirs et de raisonnements et en même temps dans un échange intersubjectif.

⁹⁶⁷ Barth I. Bourion C. *L'interstitiel, un lieu fécond pour penser les liens entre-deux*, Revue Internationale de Psychosociologie, 2011, N° 43, Vol. XVII, pp. 35- 48

⁹⁶⁸ Maurin A. *La passage adolescent : habiter les interstices*, Le Télémaque, 2010/2, N° 38, p.141

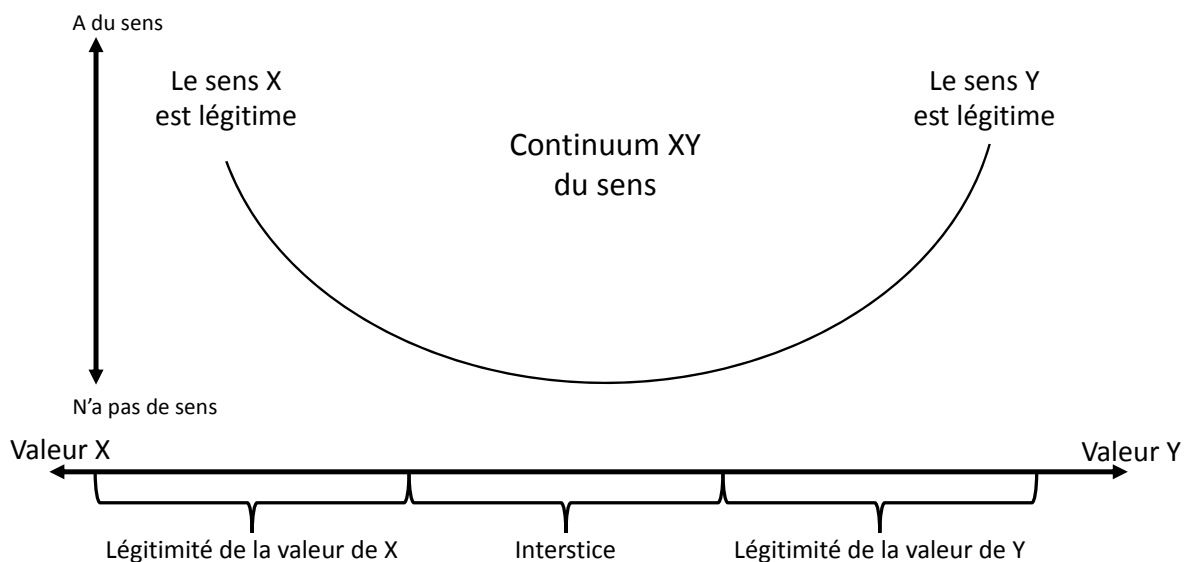
⁹⁶⁹ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 26

⁹⁷⁰ Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p. http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf p. 24

⁹⁷¹ Bonnet D. *Penser le changement à partir de la notion de milieu interstitiel*, Revue internationale de psychosociologie, N° 43, Vol. XVII, 2011, p. 87-8

La transformation peut être vue comme un processus qui donne forme mais elle peut également être comprise comme un processus qui fait passer d'un état à un autre dans un continuum. C'est la thèse d'I. Barth et C. Bourion : «... *l'interstitiel est constitué par cet espace situé au centre de ce continuum, là où « hésite » puis s'inverse la légitimité du sens... l'entre-deux a plutôt vocation de lieu provisoire de passage : passer par cet état est certes indispensable pour renaître...*⁹⁷² » Le tableau référant à ce continuum est reproduit ci-dessous. Cette idée de l'espace de transformation est un processus connu et formalisé depuis très longtemps dans la culture chinoise. À l'image du passage du jour à la nuit et de la nuit au jour, des énergies Ying et Yang symbolisé dans le trop galvaudé *taijitu*, symbole circulaire rouge et noir, il existe un entre-deux, un interstice qui est un espace de transformation. « *Cette phase où la montée devient descente, où la tension devient distension nous paraît placée sous le signe de bian, la Transformation.*⁹⁷³ »

Figure 15 : la place de l'interstitiel au sein du continuum



⁹⁷² Barth I. Bourion C. *L'interstitiel, un lieu fécond pour penser les liens entre-deux*, Revue Internationale de Psychosociologie, 2011, N° 43, Vol. XVII, p. 41

⁹⁷³ Essalet J.M. *Les cinq chemins du clair et de l'obscur*, Guy Trédaniel Editeur, Paris 2010

Figure 16 : le taijitu



C'est dans ce sens que Sibony aborde l'entre-deux⁹⁷⁴ - que nous considérons comme espace interstitiel – en tant qu'espace de l'origine, autrement dit un lieu de naissance, de création. « *Or le récit de la création (au début de la Genèse) fait foison de l'entre-deux au cœur de l'acte créatif... l'entre-deux, comme mise en acte de l'origine, semble être un geste premier qui fait exister l'un et l'autre dans l'entre-deux qui les sépare et qui les lie, les rend « visibles » au regard des tiers, inscrit leur lien dans leur distance.*⁹⁷⁵ » Cette thématique fusion - séparation apparaît comme un paradoxe admis et créatif.

Ce statut paradoxal (séparé – relié) de l'interstice a été magnifiquement illustré par D. Winnicott qui propose de ne pas résoudre ce paradoxe - « *paradoxe qui doit être accepté, toléré et non résolu*⁹⁷⁶ » - inhérent à la vie psychique et notamment aux liens⁹⁷⁷. « *De ces considérations émerge l'idée que le paradoxe accepté pourrait avoir une valeur positive.*⁹⁷⁸ » En d'autres termes, il faut séparer pour réunir. Sans distinction (séparation), il ne peut y avoir d'objet distinct à réunir puisque c'est la fusion ou la confusion. Il faut donc séparer avant de réunir et en même temps tenir séparé et réuni. C'est le paradoxe des « *objets et*

⁹⁷⁴ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 15

⁹⁷⁵ Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, p. 345

⁹⁷⁶ Winnicott D. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1971, p. 75

⁹⁷⁷ Winnicott D. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, (1951-53) In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, pp.109-125 et Winnicott D. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, In *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1971, pp. 7-39

⁹⁷⁸ Winnicott D. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1971, p. 25

des phénomènes transitionnels » qui permettent à l'individu de se différencier progressivement des autres, c'est-à-dire de sortir de la fusion initiale avec l'objet maternel et de grandir dans le sens de tendre vers l'autonomie. Winnicott le considère comme un espace potentiel de créativité dans lequel l'individu fonde son identité. Ce concept offre une double ouverture sur le rôle des interstices institutionnels qui séparent et relient en même temps : un paradoxe à ne pas résoudre et un espace de créativité à cultiver. Ce serait dans ce transitionnel, cet interstitiel, que les opposés, tels que traditions et innovations, pourraient se rencontrer et dialoguer, voire coopérer.

Winnicott considère cet espace transitionnel comme un espace potentiel de jeu. Le jeu, à son sens, n'est pas le jeu au sens anglais « game » du terme, jeu institué avec des règles, mais de « play », c'est-à-dire un espace de jeu où se construisent par essai, tentative, expérience (jeu), de nouvelles combinaisons et créations. Il affirme que l'essence de la psychothérapie est d'amener le patient à être capable de jouer dans ce sens-là, à savoir jouer avec ses objets intérieurs et ses relations pour leur « donner de l'air(e) ». « *La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute... Le corollaire sera donc là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire.*⁹⁷⁹ » Pour se faire, il doit y avoir rencontre, rencontre de deux espaces transitionnels ou potentiels : celui du thérapeute et celui du patient. La transposition est claire dans le domaine de la gestion ou du faire-ensemble entre clinique et gestion dans un espace interstitiel/transitionnel.

En plus de l'espace institutionnel de jeu, cette hypothèse exige que les collaborateurs soient en mesure de jouer, ce qui n'est pas donné « d'entrée de jeu » si l'on peut dire, et conditionne le choix des collaborateurs. « *Si le thérapeute ne peut jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail.*⁹⁸⁰ » Il en est probablement de même pour les gestionnaires. C'est un espace relationnel partagé, un chevauchement complexe. De plus, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un processus itératif, il doit donc être dynamique et se répéter pour être opérationnel. À l'image de la clinique, « *La répétition de tels temps (interstitiels) au fil des jours, des mois, des années, chaque soignant pouvant tenir cette place, nous semble*

⁹⁷⁹ Winnicott D. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1971, p. 55

⁹⁸⁰ Metzger L. Delcroix S. *Peut-on toujours jouer dans l'institution ?* <http://fripsi.pagesperso-orange.fr/metzger.htm> consulté le 19.08.14

*fondamentale dans le playing institutionnel.*⁹⁸¹ » Au fond, il s'agit d'un état d'esprit, d'un positionnement dans la manière d'être et d'être en lien avec les autres qui concerne l'ensemble des collaborateurs.

Si l'interstitiel fait office de tissu pour mettre ensemble différentes personnes, différents avis, il a quelque chose de « *l'objet frontière*⁹⁸² ». Ce concept a été développé dans le cadre d'une coordination scientifique par S. L. Star⁹⁸³ et J. Griesemer en 1989 pour la création d'un musée zoologique. Ce qui a intéressé S. L. Star était comment la coopération était possible sans consensus préalable. Le consensus préalable à une coopération est un a priori qui n'est pas valide systématiquement. D'après S. L. Star, il est même rarement obtenu. Donc se pose la question de ce qui permet la coopération. Leur recherche montre que l'objet frontière est une réponse à cette question : « *Les objets frontières sont un arrangement qui permet à différents groupes de travailler ensemble sans consensus préalable.*⁹⁸⁴ » Elle précise qu'il existe une dynamique spécifique de l'objet frontière ; en effet ce dernier n'est pas seulement utile dans l'intersection entre plusieurs mondes sociaux, mais également à l'intérieur de chacun. C'est dans l'alternance entre ces deux positions, dans un seul monde et entre plusieurs, que se joue l'objet frontière.

Par ailleurs, S. L. Star constate que la standardisation produit des catégories résiduelles et qu'il existe un mouvement de va-et-vient entre le bien structuré et le mal structuré (l'informel) dans les infrastructures. C'est dans ce contexte que les objets frontières apparaissent comme des moyens de collaboration. Elle estime que « *le concept d'objet frontière est particulièrement utile au niveau des organisations.*⁹⁸⁵ » Son affirmation se vérifie, le concept a été repris, notamment par H. Bergson et al. qui proposent le concept d'« *entrepreneur-frontière* ». À l'entrepreneur « *passer* » qui assure la circulation des ressources, puis à l'entrepreneur « *traducteur* » qui combine les ressources, ils opposent « *l'entrepreneur-frontière... qui aligne les autres acteurs sur son programme pour*

⁹⁸¹ Metzger L. Delcroix S. *Peut-on toujours jouer dans l'institution ?* <http://fripsi.pagesperso-orange.fr/metzger.htm> consulté le 19.08.14

⁹⁸² Trompette P. Vinck D. *Retour sur la notion d'objet-frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol 4, N°1, 2010, pp 11-15

⁹⁸³ Star S.L., Griesemer J. *Institutionnal ecology, 'Translations', and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie*, Social Studies of Science, 1989

⁹⁸⁴ Star S. L. *Ceci n'est pas un objet frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, 2010, vo. 4, N° 41, p. 19

⁹⁸⁵ Star S. L. *Ceci n'est pas un objet frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, 2010, vo. 4, N° 41, p. 30

*recomposer un nouvel univers... sur sa capacité à jouer de multiples positionnements et identités pour configurer son entreprise en fonction des contours et des logiques des univers qu'il relie.*⁹⁸⁶ »

Revenons sur les objets communs appelés dès lors « objets frontière » qui peuvent être concrets ou conceptuels. Ils répondent à la possibilité de créer « *des compréhensions communes sans perdre la diversité des mondes sociaux*⁹⁸⁷ » et sans privilégier un point de vue. L'objet frontière offre « *une structure... suffisamment commune à plusieurs mondes sociaux pour qu'elle assure un minimum d'identité au niveau de l'intersection tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes.*⁹⁸⁸ » Ainsi, il permet l'autonomie de chaque monde et la communication entre eux. Il peut jouer le rôle de médiateur social dans les négociations à entreprendre quand les divergences se creusent et, de ce fait, être un agent de transformation et de coordination. Il a quelque chose à voir, dans le champ de la psychanalyse, avec la notion de médium malléable qu'a développée R. Roussillon⁹⁸⁹. L'objet frontière joue un rôle paradoxal à l'instar de l'objet transitionnel winnicottien : « *Ces frontières peuvent être représentées et transformées par un objet frontière qui participe à leur différenciation et à leur intégration.*⁹⁹⁰ »

L'étude de Star et Griesemer s'inscrit dans le courant interactionniste qui donne une importance centrale aux relations dans les processus sociaux. S. L. Star insiste sur la dimension relationnelle de l'objet frontière. L'interstice qui nous intéresse s'inscrit dans ces interactions relationnelles. Peut-être pouvons-nous concevoir cet espace, en totalité ou en partie, comme un objet frontière ? En plus de ce qui a été relevé plus haut, pour qu'un objet frontière soit considéré comme tel, il faut qu'il y ait une intention commune sinon l'objet serait un objet intermédiaire.⁹⁹¹ L'interstitiel dont il est question ici est au service de l'intention commune d'agir ensemble et, à l'instar des objets frontières et

⁹⁸⁶ Bergson H et al. *Eléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière*, Revue française de sociologie, 2013/2 vol 54, p. 265

⁹⁸⁷ Trompette P. Vinck D. *Retour sur la notion d'objet-frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol 4, N°1, 2010, p. 7

⁹⁸⁸ Trompette P. Vinck D. *Retour sur la notion d'objet-frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol 4, N°1, 2010, p. 8

⁹⁸⁹ Roussillon R. *L'objet « médium malléable » et la conscience de soi*, L'Autre, 2001/2 vol. 2 pp. 241-254

⁹⁹⁰ Trompette P. Vinck D. *Retour sur la notion d'objet-frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol 4, N°1, 2010, p. 12

⁹⁹¹ Vinck D. *De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement*, Revue d'anthropologie des connaissances 2009/1, Vol. 3, n° 1, p. 51-72.

intermédiaires, et il pourrait constituer une forme de structure organisationnelle «... *il contribue au cadrage de l'action pour divers acteurs en présence, (il) constitue une forme de structure implicite...* »⁹⁹² » L'objet frontière pourrait remplir la fonction d'interstice.

Si nous suivons cette hypothèse d'une structure, parfois invisible, de « l'objet frontière interstice », celui-ci permettrait de se substituer, ou en partie d'agir en complément, à la structure organisationnelle traditionnelle. Ainsi, il pourrait instaurer une autre dynamique que celle du top-down ou bottom-up dont le centre serait l'interstice en contact avec l'ensemble des intervenants, autrement dit une organisation réseau dont le management passerait de l'individuel hiérarchique au collectif. Comme le relève T. de Swarthe, toutes les sciences sont confrontées à leurs limites, y compris les sciences de gestion, il faut trouver de nouvelles voies et de nouveaux concepts capables de tenir compte des réalités actuelles qui nécessitent de mettre de plus en plus acteurs et de disciplines ensemble dans un même projet. Ainsi, « *En s'attachant aux interstices, les sciences de gestion s'affirment aussi comme sciences en dépassant et en sublimant la question empirique des techniques et des outils de gestion.* »⁹⁹³ » M. Foucault avait déjà pointé cette question en estimant que nous sommes à l'époque des espaces après avoir été dans celle du temps «... *nous sommes à l'époque de la juxtaposition, à l'époque du proche et du lointain, du côte à côte, du dispersé. Nous sommes à un moment où le monde s'éprouve... comme un réseau qui relie des points et qui entrecroise son écheveau.* »⁹⁹⁴ »

Les perspectives qu'ouvrent l'interstitiel ne sont pas sans limites, ni danger. Comme l'informel, l'interstitiel, s'il est propice à la création, peut également être un espace de création de résistance et d'opposition au pouvoir officiel. Mal utilisé, il peut même se transformer en chaos et participer à la désintégration de l'organisation. R. Roussillon a très bien différencié les deux valences de l'interstice. Il existe la dimension au potentiel de métabolisation, c'est-à-dire de transformation de ce qui est déposé dans l'interstice. C'est le côté positif et évolutif. Mais il existe au même titre la fonction « débarras » dans laquelle les possibilités de transformation ne se réalisent pas, dans ce cas, le processus est

⁹⁹² Vinck D. *De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement*, Revue d'anthropologie des connaissances 2009/1, Vol. 3, n° 1, p. 62

⁹⁹³ De Swarthe T. *Interstices entre sciences de gestion, sciences de l'ingénieur et psychanalyse*, Revue internationale de psychosociologie, N° 43, Vol. XVII, 2011, p. 344

⁹⁹⁴ Foucault M. *Des espaces autres, hétérotopies*, Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, Architecture, Mouvement, Continuité, N° 5, octobre 1984, p. 46

bloqué. Dès lors, se posent les conditions d'un interstice favorable à la réalisation des objectifs.

Par ailleurs, l'interstice peut aussi être une source de stress pour les personnels plus habitués aux structures formelles : «... *passer par cet état est certes indispensable pour «renaître» mais y demeurer peut être critique. D'une façon générale, les entre-deux organisationnels sont des sources de risques psychosociaux et sont difficiles à vivre car les acteurs organisationnels sont dans l'indétermination et la peur.* ⁹⁹⁵ » Ainsi, la gestion des personnels devrait être adaptée en vertu de cette dimension.

L'interstitiel offre d'énormes avantages pour favoriser le travail collectif, il présente également des risques mais est-il organisable, institutionnalisable ? Si le « travailler ensemble » dans l'interdépendance fait sortir l'organisation de ses structures stables et amène du désordre, introduire du désordre dans une entreprise s'organise.⁹⁹⁶ Le principe s'inverse : au lieu de mettre de l'ordre, il s'agit en quelque sorte de gérer le désordre. D'un point de vue organisationnel, nous nous trouvons de prime abord dans un paradoxe, et à l'aide de Winnicott, nous allons nous garder de le résoudre pour en garder son potentiel créateur à la lumière des concepts psychanalytiques. E. Morin aborde la complexité dans ses dimensions paradoxales et contradictoires et propose un méta point de vue comme condition de sa gestion. L'interstice se présenterait comme une stratégie alternative pour mettre ensemble et agir ensemble en déplaçant le centre de gravité dans l'entre-deux.

Un préalable doit être posé en termes de référence avant de proposer un éventuel modèle organisationnel. L'organisation autour de l'interstitiel se construit dans une logique spécifique qui accorde une attention particulière à la manière de penser au-delà de la logique rationnelle, peut-être à la différence des organisations traditionnelles. L'interstice est considéré comme l'espace où se logent des formes d'impensés potentiellement utiles et des réflexions innovatrices issues de logiques relevant plutôt de l'associatif et de l'abduction. Ainsi, il serait question, si ce n'est d'organiser, tout au moins de favoriser ces possibilités par un environnement favorable et facilitant – encore un clin d'œil à Winnicott – sans que son organisation soit complète. Il s'agirait plutôt de créer une culture dans laquelle on est introduit, qui se cultive, c'est-à-dire qui s'apprend et qui s'entretient.

⁹⁹⁵ Barth I. Bourion C. *L'interstitiel, un lieu fécond pour penser les liens entre-deux*, Revue Internationale de Psychosociologie, 2011, N° 43, Vol. XVII, p. 41

⁹⁹⁶ Dupuis Hepner N. *Le Gendre G. Les échos*, 28.05.14, www.leséchos.fr/idées-débats/éditos-analyses

L'environnement institutionnel se doit de se donner les moyens et permettre que ces processus puissent se développer. La définition de l'organisation d'Edgar Morin colle à cette perspective : « ... la meilleure organisation n'est pas l'organisation parfaite, ..., s'il en était, c'est l'organisation imparfaite, qui comporte ses ombres, ses carences, son désordre fondamental, mais qui sait comment vivre avec le désordre, le contre-parasiter, qui sait en somme s'organiser dans la relation et la relativité, loin de l'absolu.⁹⁹⁷ »

Pour aller dans ce sens, nous nous référons aux deux points de vue d'I. Barth et M. Foucault. I. Barth et C. Bourion font dix propositions aux chercheurs pour travailler dans l'interstitiel :

1. « Sortir de la logique de réplication...
2. Pratiquer la pensée flottante
3. Regarder ce qui « ne marche pas »
4. Mettre en pratique la réflexivité du chercheur
5. Privilégier la qualité de l'extraction des données
6. Systématiser l'interdisciplinarité et la confrontation des cadres théoriques
7. Faire confiance au terrain... qui le plus souvent font sans avoir théorisé
8. Triangler les méthodologies
9. Aller dans les « interstices », les « intermittences », les « débris », les « fragments »
10. Admettre les émotions et les intuitions

C'est à ce prix que le chercheur en Sciences de gestion découvrira inopinément ce qui n'a pas été encore « trouvé » et contribuera à la mise à jour des impensées d'aujourd'hui, qui constitueront les savoirs à transmettre pour préparer demain. ⁹⁹⁸ »

Quant à M. Foucault, il définit six principes constituant les hétérotopies ⁹⁹⁹:

1. Il n'existe pas une seule forme d'hétérotopie, elles sont variées.
2. Chaque hétérotopie a son fonctionnement propre dans son contexte.

⁹⁹⁷ Morin E. *La méthode, la nature de la nature*, Vol. 1, éd. du Seuil, Paris 1977, p. 356

⁹⁹⁸ Barth I. Bourion C. *L'interstitiel, un lieu fécond pour penser les liens entre-deux*, Revue Internationale de Psychosociologie, 2011, N° 43, Vol. XVII, p. 46-7

⁹⁹⁹ Foucault M. *Des espaces autres, hétérotopies*, Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, Architecture, Mouvement, Continuité, N° 5, octobre 1984, p. 46-49

3. L'hétérotopie a le pouvoir de juxtaposer en un seul espace plusieurs lieux incompatibles.
4. L'hétérotopie fonctionne au moment où il y a une rupture avec le temps traditionnel.
5. L'hétérotopie existe dans un système d'ouverture et de fermeture qui en même temps l'isole et le rend pénétrable.
6. L'hétérotopie remplit une fonction qui se trouve entre deux pôles extrêmes ou crée un espace d'illusion.

Ainsi, à l'image de la psychanalyse par rapport aux questions de cadre et processus, il y aurait pour l'interstice un espace et une dynamique. Les hétérotopies de Foucault sont un concept utilisable pour l'espace interstitiel. Il a des formes diverses et contextualisées, et peut varier dans un même contexte. Il est polyvalent, plastique et permet de différencier, d'ouvrir mais aussi de réunir et de fermer parfois en même temps à l'instar de la transitionnalité winnicottienne. Il a une fonction d'entre-deux avec une temporalité en rupture avec celle de l'institution. Il ne peut y avoir de standard parce que cet espace est celui de l'intersubjectivité qui se reconstruit continuellement avec les acteurs en présence, ce qui nous amène à la dynamique de l'interstice.

Encore une fois à l'image de la psychanalyse, la logique de la réflexion interstitielle ouvre le champ à la pensée abductive et à la sérendipité. Comme dans le cadre analytique, il faut avoir confiance et un cadre fiable pour laisser venir les associations et oser les partager. On ne fait pas cet exercice seul, le collectif et la confiance sont requises, c'est processus relationnel hors de toute hiérarchie. Cette dynamique est une question de culture dans laquelle on est introduit, on voit faire et on s'identifie, on apprend et on entretient ce mode de faire.

L'interstice peut-il s'organiser ? Ne risque-t-on pas d'être dans la logique du Tao : c'est sa recherche dont il est question, l'avoir, c'est le perdre. « *Avance sur ta route, car elle n'existe que par ta marche.* » écrit Saint Augustin. C'est donc un processus qui doit être permis, favorisé et soutenu plus que la formalisation d'espace interstitiel. Il nous semble qu'entre l'organisé et le non organisé, il existe quelque chose qui relève de la posture interne et de l'intention - à l'instar du soignant sachant faire passer son intention soignante même dans les cas le plus contraignants - : la volonté de favoriser les rencontres, de les soutenir, de permettre, d'oser, de lutter contre les cloisonnements et de recevoir ce qui en sort. L'interstice peut être considéré comme une valeur qui conditionne l'organisation. Il s'agit

d'un cadre organisationnel favorisant, comme « l'environnement facilitant », la maturation psychoaffective qu'a mise en évidence D. Winnicott¹⁰⁰⁰. La véritable organisation se trouve peut-être là, et non dans la structure comme le relève F. Dupuy¹⁰⁰¹. Pour lui, il faut aller plus loin que les organigrammes et règles ou procédures et «... *c'est sur les comportements qu'il faudrait agir et on va voir que c'est dans ces comportements que réside la "vraie organisation"*»¹⁰⁰². La structure n'est que la partie émergée de l'iceberg, et c'est en jouant et en s'arrangeant avec elle que l'entreprise fonctionne, c'est-à-dire dans le « jeu » des hommes, comme espace et comme dynamique. Nous voyons là le champ de l'interstice qui, selon Dupuy, est par nature exigeant parce qu'il appelle à la compréhension plus qu'à de la description comme pourrait l'être la structure.

Dans la pratique clinique à la Fondation de Nant, un espace interstitiel est présent dans la vie communautaire originelle. Il s'agit d'un tissu relationnel en grande partie non formalisé¹⁰⁰³ entre chacun, patients et soignants, dont il est difficile de faire le tour. C'est un puissant moteur institutionnel que ce soit pour la pratique clinique ou le travail d'équipe en général. Ce travail communautaire se professionnaliserait par une organisation spécifique du quotidien pour se transformer en agent thérapeutique actif, le travail de milieu¹⁰⁰⁴ qui fera l'objet d'une recherche¹⁰⁰⁵. Malgré sa professionnalisation, cet espace reste interstitiel avec sa part structurée et non structurée.

Ce travail communautaire, ou de milieu, ne peut se réaliser sans l'implication personnelle des collaborateurs dans leur travail relationnel avec les patients. Implication va de pair avec autonomie. L'interstitiel se retrouve dans la zone autonome de l'implication qui laisse une marge de manœuvre. Cette implication personnelle a influencé nombre de collaborateurs qui ont intégré ce positionnement comme un levier thérapeutique. Tant le Dr D'Eggis d'abord, que le Dr Miéville après lui, ont trouvé dans la vie communautaire un environnement favorable au traitement psychiatrique. «... *La forme de service qu'ont choisi*

¹⁰⁰⁰ Winnicott D. *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, Paris, 1983

¹⁰⁰¹ Dupuy F. *Lost in management, la vie quotidienne des entreprises*, éd. du Seuil Paris, 2011, p. 261 & *La faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 24

¹⁰⁰² Dupuy F. *La faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, p. 28

¹⁰⁰³ Lanquetin J. P. *L'invisible réalité des soins informels infirmiers*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs infirmiers, Vol 34 - N° 284, p. 12-16 - janvier 2013

¹⁰⁰⁴ R. Panchaud & M. Miazza *L'environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs infirmiers, 60-705-N-10, 2011

¹⁰⁰⁵ Cinter F. Allin A.C. Panchaud R. *INTERVENTIONS INFIRMIERES EN SOINS PSYCHIATRIQUES : MONOGRAPHIE SUR LE TRAVAIL DE MILIEU*, rapport final de recherche, mars 2009

*les fondateurs : créer autour du malade nerveux un climat chaleureux, rassurant, fraternel au sens chrétien du terme, est celui même qui vise à l'attitude psychothérapeutique idéale.*¹⁰⁰⁶ » Comme nous l'avons déjà relevé, ces deux psychiatres avaient une référence théorique différente voire opposée. Reste à savoir si chacun d'eux avait la même idée concernant ce travail ? Nous postulons que ces deux médecins pouvaient se rejoindre (sans le savoir) parce que le travail communautaire comporte de l'interstice et qu'il est de fait un liant pouvant faire jouer ensemble plusieurs modèles. L'implication dans la rencontre humaine s'est professionnalisée avec le concours du Dr Miéville et des cadres infirmiers qui ont suivi. Ils ont fait évoluer cette relation authentique pour en faire une relation thérapeutique, véritable pivot du traitement, en référence aux concepts psychanalytiques. L'implication relationnelle se transforme progressivement et devient une implication professionnelle. Celle-ci se noue dans un contact humain et se mène dans un cadre clinique avec des références théoriques dont les enjeux sont conçus à la lumière des concepts psychodynamiques. Le « fond » d'implication est resté le même mais il a évolué dans sa professionnalisation.

Concernant l'implication, un phénomène identique s'est déroulé dans le domaine de la gestion. La Fondation a été créée à partir des biens privés des fondateurs. Ainsi, ils se devaient de les utiliser à bon escient et s'arranger pour en tirer le meilleur parti. De fait, une forte implication existait dans la gestion de l'établissement dans une logique de propriétaire. Il fallait trouver les moyens de le faire survivre tout en combinant des intérêts divergents : aider les déshérités sans grands moyens tout en faisant « tourner » la maison. Il fallait se faire aider, trouver des ressources et des appuis. Ce ne pouvait se faire sans « jeu interstitiel » pour trouver des solutions adaptées et des arrangements singuliers aux nombreux problèmes rencontrés sans s'appuyer sur des règles mais sur leur créativité.

Après les fondateurs, nous trouvons la poursuite de cet esprit d'implication dans le domaine de la gestion. Cette implication va de pair avec l'autonomie qu'elle entend conserver : « *La Fondation aime bien son indépendance.*¹⁰⁰⁷ » Pour la maintenir, il faut s'impliquer et être responsable. Il n'a jamais été question de se mettre sous tutelle, et les gestionnaires ont géré les biens de façon rigoureuse - les bénéficiaires des exercices sont là

¹⁰⁰⁶ Dr D'Eggis, rapport médical annuel 1967

¹⁰⁰⁷ Interview M. B. membre de l'équipe logistique

pour le prouver -. Ils ont su trouver les ressources nécessaires pour financer les projets. Combien de projets ont débuté sans garantie de financement ? Sans implication, sans esprit d'entreprise, ils n'auraient pas été cherché les appuis leur permettant de financer de nouveaux projets, des formations ou encore de démarrer un autre projet sans assurance de financement. Tout ce travail prend des voies sinueuses et se joue dans les relations et les espaces professionnelles et personnelles formels et surtout interstitiels.

3.3.3. Le marginal sécant, agent interstitiel

S'il existe des « objets frontières », il existe également des passeurs, « hommes frontières » entre deux mondes favorisant le faire-ensemble et la vision partagée des acteurs. L'espace frontière que ces passeurs occupent est un entre-deux que l'on peut concevoir comme un interstice. Ce sont des personnes qui occupent des places importantes dans l'institution et que l'on pourrait qualifier de « marginal sécant » au sens de M. Crozier et E. Friedberg. « *[le marginal sécant est] un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires.*¹⁰⁰⁸ ». Dans l'histoire de la Fondation, certains ont occupé des places significatives pour l'élaboration, le maintien et la transformation du projet institutionnel et de la vision commune. Le marginal sécant est véritablement un « passe frontière », « un passe muraille ¹⁰⁰⁹ ». Comme cette position particulière confère de fait au marginal sécant un pouvoir d'action considérable, il peut être utile à la construction et au maintien de la vision commune.

À Nant, le premier « marginal sécant » est le deuxième fils des fondateurs, Jean Claude Monney, qui est devenu l'infirmier-chef de la Fondation jusqu'en 1996. Probablement que la Dresse de Seret ou le Dr Audéoud, premiers psychiatres consultants dans les années 1950, l'ont été avant lui, mais les informations nous manquent pour nous prononcer. M. Monney faisait partie de la famille des fondateurs, dont il était l'un des fils, il partageait leurs valeurs et avait leur confiance. Il était un infirmier en psychiatrie très compétent, à qui tant le Prof. Gilléron que le Dr Miéville rendaient hommage, sans compter tous les infirmiers qui l'ont fréquenté au quotidien et qui lui reconnaissent une compétence

¹⁰⁰⁸ Crozier M. & Friedberg E., *L'acteur et le système*, Seuil, Paris 1977

¹⁰⁰⁹ Panchaud R. *Le passe muraille*, Krankenpflege - Soins infirmiers, 2 / 2009, pp. 54-55

inégalable, notamment dans des situations cliniques complexes. « *Celui qui avait la gestion des soins, c'était Jean-Claude en fait. Il portait beaucoup*¹⁰¹⁰. » Il faisait partie de la famille, il avait également partagé le fait d'avoir une parente malade psychiquement. Ainsi, il était partie prenante de trois systèmes : l'expérience personnelle d'un parent malade, le partage des valeurs familiales, et l'exercice professionnel du soin psychique. Il a assuré un lien solide entre ces trois mondes en toute tranquillité et légitimité. Son travail a consisté à considérablement professionnaliser les soins à Nant. Il y a contribué de manière très significative en apportant également sa touche personnelle emprunte d'une approche très relationnelle et humaine, en particulier des soins aigus. Son apport a été si conséquent qu'un arbre a été planté dans la propriété le jour de son départ à la retraite pour que les valeurs humaines qu'il a intégrées dans la pratique clinique soignante restent et grandissent.

Le deuxième marginal sécant significatif est le Dr C. Miéville. Il a lui-aussi contribué de manière très significative à l'évolution de la professionnalisation de Nant en marquant de sa « patte » cette institution. Il partageait avec les fondateurs le fait d'avoir un membre de sa famille (son épouse) malade psychiquement. Cet élément a probablement contribué au « faire ensemble ». On peut faire l'hypothèse que cette expérience l'a rapproché des fondateurs pour qui il a toujours manifesté le plus grand respect, pour eux et leurs convictions religieuses, tout en inscrivant son projet médical dans l'établissement. Mme Sorrentino, psychothérapeute à Nant, se souvient : «... *(un patient) délirait sur des thèmes religieux et puis là j'ai découvert qu'il y avait des lectures bibliques et que ce patient participait à des lectures bibliques... J'en ai parlé avec Miéville, je lui ai dit que c'était pas concevable, la psychanalyse et la religion, qu'est-ce que c'est cette histoire et il m'a dit, non, faut laisser les choses comme elles sont, ça prendra une dizaine d'années minimum pour que ça disparaisse*¹⁰¹¹ ».

Comme pour son complice J. C. Monney, les fondateurs ont fait confiance au Dr Miéville. Il avait l'expérience personnelle de la maladie dans sa famille et d'autre part, dans le monde des professionnels du soin psychique, il avait des idées progressistes et plus humaines que médicales à proprement parler, ce qui rejoignait parfaitement le projet initial des fondateurs. La frontière entre approche médicale et humaniste est ainsi ténue. Cette

¹⁰¹⁰ Entretien Prof. E. Gilleron

¹⁰¹¹ Entretien Mme Sorrentino, psychothérapeute à Nant

« marginalité » médicale a peut-être aussi joué son rôle en écho à la « dissidence » des fondateurs et leur désir de faire mieux, autrement et à leur manière. «... *on est arrivé à réfuter pour la psychiatrie le modèle médical et à concevoir que le trouble psychique quel qu'il soit est une expérience vécue dans la personnalité du sujet et non d'un processus étranger, passager, qui envahit momentanément un objet malade et qui peut être extirpé comme on enlève un corps étranger... avec cette nouvelle conception, la conduite thérapeutique devient très différente... on réduit au maximum la pharmacothérapie abrutissante et on développe toujours plus les thérapies institutionnelles telles que l'ergothérapie, physiothérapie, relaxation, expression corporelle, expression libre (peinture)...qui visent à restructurer la personnalité... du côté des soignants, le système hiérarchique et autoritaire traditionnel n'a plus de sens... chacun des soignants est engagé, impliqué personnellement dans une relation au patient qui, par la force des choses, est thérapeutique*¹⁰¹². » Le Dr Miéville veut inscrire un projet médical à contre-courant, fait plutôt d'approche relationnelle que médicale. Mme Sorrentino rapporte que dans une émission de télévision où le Dr Franco Basaglia était interviewé, aucun professeur romand de psychiatrie ne partageait son avis à l'exception du Dr Miéville. Nous pourrions le considérer lui aussi comme un « dissident » de la psychiatrie, se référant souvent aux antipsychiatres. Son dernier article, publié post mortem, est à cet égard emblématique, il l'a titré : « *Qui est fou ?* ¹⁰¹³ »

D'un point de vue clinique, il existe un autre type important de marginal sécant : tous ceux qui assurent le lien entre culture des soins et culture psychanalytique du thérapeute (soignants – thérapeutes). Ce lien est essentiel pour assurer la cohérence des projets thérapeutiques, il fonde leur performance sur une vision et une réflexion ancrées dans un même cadre théorique. En effet, l'idée d'un projet thérapeutique performant repose sur le fait que chaque intervenant puisse inscrire en cohérence avec les autres acteurs sa fonction soignante ou thérapeutique dans le projet. Pour ce faire, il est indispensable que chacun se rallie à la même conception de la pathologie et du soin, il faut donc un langage commun. Dans ce sens le référentiel théorique peut être considéré comme un objet frontière ou transitionnel. Le Dr Miéville en posant son projet « balintien », c'est-à-dire des traitements fondés sur les relations interpersonnelles plus que sur un projet médical,

¹⁰¹² Mieville C., *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Les cahiers de la Source, n° 11, Nov. 1974, pp 3-8

¹⁰¹³ Mieville C., *Qui est fou ?* revue médicale de suisse romande, 121, 2001, pp 165-168

en a posé les bases.

A sa suite, M^{me} Sorrentino a joué un grand rôle pour aider les soignants à intégrer les concepts psychanalytiques dans leur pratique de soin. Elle a été l'une des premières à donner une formation interne structurée spécifiquement pour les soignants et des supervisions cliniques. C'est ainsi qu'elle a joué ce rôle, principalement par son enseignement sur les concepts psychanalytiques en général, et plus particulièrement sur les concepts analytiques utiles à la pratique des soins, tels que les fonctions du milieu élaborées par J. Gunderson¹⁰¹⁴ et les autres concepts clefs tels que le holding de Winnicott, les mécanismes de défense archaïques ou encore la relation d'objet. Dans la même veine, il faut citer M. Jean David, cadre infirmier et pionnier dans l'inscription de la fonction thérapeutique des soins. Il a grandement contribué à mettre en place les approches corporelles, notamment celle des packs et de la relaxation¹⁰¹⁵. D'autres cadres après eux ont occupé cette fonction d'intégrateurs de concepts thérapeutiques dans les soins, la liste est longue puisque ce processus s'est progressivement inscrit et consolidé dans la politique institutionnelle. Ainsi, la formation interne s'est développée sur ce modèle. Dans ce cadre, la frontière entre thérapeutes et soignants n'est pas posée rigidement. Ainsi, certains infirmiers démontrant des compétences psychothérapeutiques peuvent suivre individuellement des patients dans des approches d'intention psychothérapeutique telles que traitement de crise, continuité des soins¹⁰¹⁶ ou cures de pack d'élaboration¹⁰¹⁷.

Un autre personnage à avoir occupé cette place de marginal sécant est Daniel Mayer. Depuis le début de son engagement (1987) en qualité de directeur administratif (avant de devenir le directeur général en 2005), il a toujours eu souci d'intégrer la gestion à la clinique. Le projet n'est pas nouveau en soi, M. W. Favre son prédécesseur, a déjà œuvré dans ce sens mais d'une manière plutôt passive, comme administrateur au service des autres : « *M. Favre fait ce qu'on lui demande !* » répétait souvent M. J. C. Monney. À l'opposé,

¹⁰¹⁴ Gunderson J, *Defining the therapeutic process in psychiatric milieu*, *Psychiatry*, 41, nov. 1978, pp 327-335

¹⁰¹⁵ David J. *Une cure de relaxation chez un patient psychotique en milieu hospitalier*, *Médecine psychosomatique*, 2/12 - 1983, pp. 85-89

¹⁰¹⁶ Miazza M. et Panchaud R. *Rester en lien pour ne pas rechuter*, *Santé Mentale*, n° 133, décembre 2008, pp. 20-23

¹⁰¹⁷ R. Panchaud & M. Miazza, *L'enveloppement thérapeutique ou pack*, *Lettre de Psychiatrie Française*, n° 207, avril 2012, pp 7-9

Panchaud R. *L'enveloppement humide*, *Santé Mentale*, n° 86, mars 2004, pp.46-49

M. D. Mayer est un acteur proactif de l'intégration d'un réel projet de gestion en lien avec la clinique. Les deux systèmes dans lesquels D. Mayer a un pied sont bien entendu la gestion, c'est un économiste et l'autre dans la clinique, indirectement par le fait qu'il a fait une psychanalyse, expérience personnelle qui le rapproche des thérapeutes et soignants, qui ont fait la même démarche pour eux-mêmes, pour leur formation clinique. M. Mayer ira même jusqu'à expérimenter l'enveloppement humide, le pack... Il est au fond assez proche de la clinique, ou du moins présente une réelle sensibilité pour elle sans pour autant se prendre pour un clinicien, nuance d'importance. Son ambition est que la gestion ne soit pas un système parallèle mais que clinique et gestion travaillent de concert de façon différenciée dans un projet global commun.

La liste des marginaux sécants pourrait s'allonger, notamment avec les soignants qui se sont formés en management et ont réellement investi ce champ. Il est bien entendu que la formation en soi ne suffit pas à occuper une telle place. C'est une fonction active et non un état de fait, elle est donc tributaire de la personnalité et des capacités de chacun à s'impliquer dans son (ses) rôles, notamment celui de passeur.

Conclusion de la seconde partie

Les théories explicatives de la pérennité des entreprises que nous avons abordées donnent plus d'informations sur les dangers venant de l'environnement que sur les leviers internes de la pérennité des particularités de la Fondation. En effet, nous avons montré que, tant l'écologie des populations que l'institutionnalisme, l'isomorphisme, ou encore la théorie de la contingence, identifient des écueils potentiels dans un positionnement « *déterministe* ¹⁰¹⁸ » que le marché régule sans donner un grand pouvoir d'action aux dirigeants des organisations, et dans notre cas, de la Fondation de Nant. Les risques sont réels pour Nant mais restent relatifs si l'on opte pour une position plus « *intentionnaliste* ¹⁵¹ » dans laquelle les dirigeants et l'organisation ont leur carte à jouer.

La « clinique organisationnelle », en investiguant le détail du fonctionnement de la Fondation, a révélé l'importance des espaces dans la structure et sa dynamique hors des regards de la hiérarchie que nous avons qualifiés « d'interstitiels ». Ce choix de gestion s'avère déterminant, car une majeure partie du soin se fait quotidiennement dans ces espaces. Cette singularité organisationnelle semble être un levier significatif du fonctionnement et de la pérennité de Nant, parce que ces espaces interstitiels permettent le déploiement de sa philosophie de soins et des valeurs associées, et facilitent le faire-ensemble qui est également l'un des leviers le plus puissant pour sa pérennité. L'interstice est fondamental parce qu'il donne une marge de manœuvre à chacun, de la souplesse, de la réactivité dans un rapport de confiance. Le choix de ce mode de gestion est sous-tendu par les valeurs et la philosophie des soins qui font office de stratégie que chacun s'approprie et déploie à sa manière ce qui est motivant et contribue au sentiment d'appartenance. En effet, une marge de manœuvre est un espace à soi qui permet de faire quelque chose de personnel et donc de marquer de sa « patte » ses prestations, autrement dit, de faire partie de l'ensemble avec quelque chose de soi. Cette option organisationnelle est à l'opposé de la plupart des établissements de santé qui, en tant que bureaucratie¹⁰¹⁹ optent pour une organisation par procédures qui laissent peu de marge de manœuvre aux

¹⁰¹⁸ Mignon S. *Concurrence, sélection et pérennité des organisations : un processus inter et intra organisationnel*, In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999, p. 128

¹⁰¹⁹ Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*, Eyrolles Editions d'Organisation, Paris, 1982

acteurs ce qui inhibe leur implication ; «... *plus le carcan des procédures et processus est contraignant, moins les gens s'investissent passionnément dans leur travail.* ¹⁰²⁰ »

Cette configuration organisationnelle en lien avec la philosophie de soins nous semble fondamentale et appelle à quelques développements. À la base, dans la cure classique, la psychanalyse est une stratégie thérapeutique qui donne des repères conceptuels (clefs de lecture) et un cadre (base du processus) pour tenter au travers d'une relation intersubjective de résoudre par interprétation – c'est-à-dire par compréhension du psychanalyste – des conflits inconscients qui perturbent la vie de l'analysant. La dimension intersubjective est capitale, et la psychanalyse a redonné cette dimension subjective et individuelle au patient au moment où, historiquement, l'aliénisme traitait les patients de manière collective. La souffrance du patient est comprise dans sa subjectivité, c'est-à-dire dans son histoire singulière, c'est là qu'elle prend sens et ne peut être généralisée. Cette singularité se noue avec celle du psychanalyste, c'est pourquoi nous parlons d'intersubjectivité.

« *L'extension de la psychanalyse*^{1021 1022 1023} » aux soins psychiques, en dehors de la cure classique, dans l'institution, s'articule sur les mêmes principes d'intersubjectivité et reste une stratégie et non un processus protocolé. Ce positionnement exige une autonomie des acteurs qui doivent s'approprier les concepts et les décliner dans leur pratique clinique selon le contexte et leur « style ». Ainsi, les acteurs ont de fait une marge de manœuvre. Ils sont autonomes et responsables du pouvoir qu'il leur est accordé. Cette stratégie n'est possible que dans un rapport de confiance entre chacun. Cette zone d'autonomie est un interstice, interstice entre les concepts et leur manière de les mettre en œuvre.

Cette stratégie de l'interstitiel a également un avantage face à l'incertitude qui est le quotidien de la psychiatrie. Dans ce domaine, les cas de figure sont extrêmement variables à tel point que les diagnostics médicaux n'ont pas la même pertinence qu'en médecine somatique pour mettre en place des traitements tant la subjectivation est importante. Par exemple, un patient diagnostiqué de schizophrénie pourra avoir un traitement

¹⁰²⁰ Hamel G. *La fin du management*, Vuibert, Paris, 2008, p. 55

¹⁰²¹ Kaes R. *L'extension de la psychanalyse, Pour une métapsychologie de troisième type*, Dunod, Paris, 2015

¹⁰²² Roussillon R. *Institutions et dispositifs-symbolisants* In Actes du congrès européen de EFEP, De Hann. Belgique. 1995

¹⁰²³ Miazza M. et Panchaud R. *Concepts psychanalytiques à l'usage des soins*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs et soins infirmiers, 2013 ; 8(2) : 1-6

radicalement différent en vertu de ses caractéristiques individuelles. De ce fait, en Suisse, les financements par groupes diagnostic (DRG¹⁰²⁴) ne sont pas applicables comme pour les autres spécialisations médicales et demandent un autre mode de financement. L'interstitiel procure une zone tampon – sorte de pare-excitation ¹⁰²⁵ ou d'espace transitionnel¹⁰²⁶ pour reprendre des termes psychanalytiques apparentés - qui permet d'amortir l'impact de l'incertitude et du désordre ainsi induit. C'est un espace de transformation qui favorise l'élaboration de nouveaux modes de faire face à la nouveauté et à l'incertitude qui en découle.

Cet interstice sert à relier, dans le sens de construire une relation, de manière intersubjective les collaborateurs à leurs patients mais il ne s'arrête pas à la relation avec les patients, il sert également aux relations avec leurs propres collègues. En effet, la psychanalyse offre une lecture des relations établies individuellement mais aussi groupalement. Ainsi, certains types de personnalité établissent ce que les psychanalystes nomment des relations d'objet partielles, c'est-à-dire des relations qui ne mettent qu'en partie la personne en relation avec l'autre. Cette particularité aboutit au fait que cette même personne peut établir des relations de manière très différente selon la partie d'elle-même qui est en lien avec le soignant ou le thérapeute. Le phénomène de cette dynamique le plus identifié et connu est le clivage dans lequel la personne est, soit en relation avec ses bons objets, ou alors au contraire, avec ses mauvais objets, mais jamais dans une relation totale ambivalente qui comprendrait les deux parties, bonne et mauvaise. Sans connaissance de ce mécanisme, les soignants pourraient se mettre en conflit sur la question de savoir qui a la bonne perception du patient : relation positive ou négative. L'éclairage psychanalytique donne raison aux deux parce qu'il donne sens aux relations, c'est-à-dire une explication du phénomène global. Dès lors, les relations entre collègues prennent une autre tournure et un sens en vertu de la compréhension psychanalytique qui fait office de méta-point de vue partagé.

¹⁰²⁴ http://www.swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/psychiatrie.asp?navid=52, consulté le 6.01.2017

¹⁰²⁵ « Terme employé par Freud dans le cadre d'un modèle psychophysiologique pour désigner une certaine fonction, et l'appareil qui en est le support. La fonction consiste à protéger (schützen) l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations. » In Laplanche J. Pontalis J.B. Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 7^{ème} éd. 1981, p. 302

¹⁰²⁶ Winnicott D. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, In Jeu et réalité, l'espace potentiel, Gallimard, Paris, 1971, pp. 7-39

S'il n'y a pas de « tort ou raison » dans le constat des relations établies, il n'y a pas non plus de hiérarchisation des relations (hiérarchie subjectale¹⁰²⁷) mais une mise en commun et une perspective qui donnent sens et qui s'articulent dans le sens des objectifs de traitement. Les relations entre collègues sont donc conditionnées par cette approche, c'est une manière d'être en relation avec ses collègues, une culture d'équipe, une culture qui s'apprend, se construit et se cultive au risque de disparaître.

Cette culture d'équipe a par extension une grande influence sur les rapports avec l'ensemble des collaborateurs. Précédemment, nous avons déjà pointé comment la philosophie des soins pouvait conditionner les modes de gestion. C'est sur cette culture que les rapports se construisent, la majorité des collaborateurs de l'institution étant des soignants, elle a une grande importance dans les relations entre collaborateurs en général dans l'établissement. En effet, en clinique, s'il faut composer avec les représentations d'autres collègues à l'instar du clivage mentionné plus haut, c'est un travail avec la différence qui se cultive et ce positionnement est propice au faire-ensemble avec d'autres collaborateurs et notamment ceux de la gestion. Ce faire-ensemble étendu au-delà de la clinique repose également sur un espace qui permet la rencontre tout en laissant les personnes et les domaines séparés. Il s'agit de l'espace interstitiel séparateur et reliant, articulateur potentiel des collaborations horizontales qui est la conséquence de la stratégie basée sur la responsabilisation, la délégation et l'autonomie des acteurs. Cet espace interstitiel a les mêmes vertus qu'en clinique dans le sens d'avoir une stratégie pour faire ensemble.

L'interstitiel occupe une place fondamentale mais il n'est qu'un des trois éléments du trépied qui permet la physiologie de l'organisation. En premier, nous avons pointé la nécessité de la philosophie des soins et des valeurs qu'elle intègre pour deux raisons principales. Une de celles-ci, comme certains auteurs l'ont mis en évidence, tient au fait que cette « idéologie intrinsèque » fait office de base qui contribue fortement à assurer la dynamique de la pérennité qui consiste à rester le même et changer, autrement dit à assurer le fil rouge entre tradition et innovation. Mais la deuxième raison, élément plus essentiel de cette philosophie de soins tient au fait qu'elle conditionne tant les pratiques cliniques que les pratiques de gestion. Ce ne sont évidemment pas les mêmes rouages pour la clinique et la gestion mais nous avons relevé que les modes de gestion

¹⁰²⁷ Delion P. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 35

s'enracinaient dans la philosophie des soins. Cette imbrication est un facilitateur de dialogue du fait de leur origine.

L'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion est un autre élément du trépied. En effet, nous avons décrit des points d'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. Ces homologies sont des facteurs favorisant le dialogue entre cliniciens et gestionnaires. Pour rendre ces homologies opérantes, il est nécessaire de les percevoir et ceci nécessite de soutenir et de développer un état d'esprit favorable à la perception et à la lecture de ces homologies. Il s'agit d'un état d'esprit qui permet de cultiver ces homologies.

Le troisième élément est l'interstice qui assure la physiologie de l'organisation, son opérationnalisation mais ce dernier élément, dans notre étude de cas, ne peut fonctionner sans les autres éléments de ce triptyque : philosophie des soins – homologies – interstices.

e

Conclusion : **L'ombre des prédateurs**

L'objet de notre thèse est un questionnement sur la survie et le développement de la Fondation de Nant qui se positionne en marge des normes dominantes de la psychiatrie. À partir de la question de départ : « *Comment et pourquoi un établissement sanitaire, privé d'intérêt public pour la psychiatrie de l'Est vaudois, qui ne se réfère pas au modèle dominant ni du point de vue organisationnel, ni du point de vue clinique, subsiste-t-il et prospère-t-il ?* », nous nous sommes penchés sur sa construction historique et mis en évidence des éléments, peut-être des lois, susceptibles de comprendre la dynamique de son fonctionnement qui expliquerait sa longévité malgré, ou du fait, de ses singularités.

Au cours de ce travail, nous avons constaté l'importance de la démarche clinique pour analyser une organisation. C'est-à-dire le besoin d'un cadre de référence pour analyser les situations et capter des éléments au-delà de ce que la réalité « donne à voir », la nécessité de prendre en compte l'histoire et le contexte pour trouver et donner du sens.

Les éléments historiques de la psychiatrie nous ont permis de mettre en évidence les liens entre pratiques soignantes et de gestion, autrement dit, entre philosophie des soins et modes de management dans le sens où la philosophie des soins est à la racine de la pratique clinique et également celle de la gestion.

Malgré cette racine commune, il est primordial de différencier les champs de la clinique psychiatrie – en particulier la psychiatrie psychodynamique - et du management pour éviter d'appliquer des solutions soignantes aux problèmes de gestion ce qui aboutit à une impasse. À notre avis, cet écueil peut être évité au profit d'une homologie entre ces deux pratiques.

En effet, l'homologie permet de maintenir des champs distincts entre pratiques cliniques et pratiques de gestion tout en favorisant un dialogue s'appuyant sur une même démarche. Cependant, si le rôle de l'homologie est essentiel, il reste insuffisant à permettre le « faire-ensemble » entre clinique et gestion.

L'élément supplémentaire nécessaire à l'opérationnalisation de l'homologie est l'interstice. C'est cet espace de l'entre-deux qui, à la fois, sépare et relie les deux champs et doit s'inscrire dans l'organisation sous forme de « slack », autrement dit une organisation qui a du jeu et qui fonde son organisation sur l'autonomie des acteurs, la confiance, la responsabilisation et la délégation.

Notre travail s'est centré sur la Fondation de Nant et dans le domaine spécifique de la psychiatrie dans une approche psychodynamique. Beaucoup de questions pourraient

s'élaborer qui sont autant de sujets de recherches : par exemple, il serait particulièrement intéressant de chercher si une autre approche psychiatrique se présenterait dans les mêmes termes ou ouvrirait à d'autres modes de dialogue entre clinique et gestion. De la même manière, d'autres homologues pourraient être recherchées dans le champ de la psychiatrie et dans d'autres domaines du monde sanitaire.

L'architecture organisationnelle que nous avons décrite est un système fragile dans la mesure où elle repose beaucoup sur les hommes et le contexte actuel qui tend à de plus en plus de normes, de mesures et un isomorphisme certain, n'est pas favorable à ce type d'approche. Ainsi, il nous semble approprié de conclure sur les dangers identifiables principaux qui remettraient en question les modes de fonctionnements de la Fondation de Nant.

La première partie de notre recherche s'est centrée sur le passé pour comprendre comment la Fondation de Nant s'est construite en dehors de tout corpus médical à ses origines sur une idée de l'homme, de la personne - en termes de créature de Dieu¹⁰²⁸ - inspirée des valeurs religieuses des fondateurs qui étaient essentiellement des femmes, sur quelles intentions, de quelle manière et avec quels modes de opératoires. Nous avons fait dialoguer cette histoire avec de celle de la psychiatrie « officielle » pour connaître sur quels points ces histoires se retrouvent et sur lesquels elles divergent. Nous avons constaté qu'elles s'opposent dans le champ des sciences de la vie et se retrouvent celui des sciences humaines pour mettre en place un processus de prise en charge original qui résiste encore à la pression des nouvelles pratiques psychiatriques venues du monde anglo-saxon. La deuxième partie s'est arrêtée sur l'actualité de la Fondation de Nant, l'analyse et la compréhension de son fonctionnement actuel enraciné dans son histoire. Nous avons abordé les menaces qui la guettent sous forme d'un quadrilatère et avons développé les dilemmes de son adaptation et de sa survie et les éléments qui contribuent à sa pérennité. Arrivé au terme de ce travail, il paraît évident que la réflexion doit s'orienter vers l'avenir.

À partir de 2010, les contraintes de l'environnement – normes, contrôles et audits de surveillances, arrivée en force des neurosciences, concentration et fusions des organisations sanitaires, pressions financières - se font de plus en plus pressantes et les enjeux pour la Fondation de Nant se centrent sur ce qui la fonde et qu'elle souhaite

¹⁰²⁸ Traduction de leur appartenance religieuses, voir : Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne

pérenniser. C'est dans ce sens qu'elle se trouve actuellement à la croisée des chemins. Nant s'est construite sur son autonomie, ses valeurs et sa philosophie de soins ainsi que son faire-ensemble particulier qui en découle. De manière évidente se pose pour elle la question de savoir ce qu'elle souhaite et ce qu'elle pourra pérenniser.

Nous nous sommes penchés sur l'organisation jusque dans le quotidien dans une démarche proche de ce que nous connaissons dans la pratique du soin, la démarche clinique¹⁰²⁹, consistant à aller voir dans le détail de l'organisation, au plus profond d'elle-même, ce qui la caractérise et se manifeste plus particulièrement dans son quotidien, et a assuré sa pérennité jusqu'à maintenant dans le respect de son statut privé, de ses valeurs et de sa philosophie des soins.

Ce que souhaite la Fondation est le premier enjeu, mais le deuxième enjeu est de savoir si ses souhaits sont compatibles avec l'environnement qui est le sien actuellement.

Nous avons mis en évidence trois éléments qui fondent la pérennité de la Fondation jusqu'à présent, dans une dynamique récursive, à partir d'une idée de l'homme et des relations égalitaires :

1. Sa philosophie des soins, comprenant ses valeurs humanistes,
2. L'homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion, base du faire-ensemble,
3. La gestion de l'interstitiel, c'est-à-dire les espaces de marge de manœuvre et d'autonomie des acteurs instaurés en dehors de toute structure et de regards hiérarchiques dans des relations de confiance, gage du faire-ensemble.

Ces éléments doivent être mis en regard du quadrilatère des champs d'influences qui représentent les quatre principaux ensembles de menaces pour la Fondation dans son autonomie et sa philosophie des soins :

1. Le repli à l'image d'une secte ;
2. Le conflit interne au niveau de la Direction sur la philosophie des soins et du management ;
3. La rupture de lien avec les « psychanalystes des villes » et les organisations afférentes ;

¹⁰²⁹ Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963

4. L'invasion « barbare » et la victoire des sciences de la vie.

Dès lors, il est intéressant de s'interroger sur la robustesse du modèle de fonctionnement actuel, autrement dit sur la façon dont ces éléments de pérennité et de menace pourraient interagir positivement et négativement dans les années à venir. Une telle démarche s'inscrit dans une démarche prospective ¹⁰³⁰, qui vise non pas à prédire l'avenir mais à identifier des hypothèses d'évolution possibles dont les acteurs peuvent se saisir de manière proactive pour donner du sens à l'avenir et tenter d'en orienter le cours. La méthode prospective s'attache à « à mettre en évidence les intentions profondes et souvent inconscientes qui animent les individus et les sociétés et que les faits manifestent sans les constituer. ». Elle privilégie ainsi la recherche du sens, et de son lien avec le passé. W. Bion aborde la question du passé dans le présent dans « *une mémoire du futur* », autrement dit comment notre passé nous fait agir dans le présent et donc probablement dans le futur. Pour A. de Geus, la mémoire du futur consiste à construire des scénarii pour filtrer les nombreuses informations à disposition dans l'idée de se faire une représentation d'un futur imaginé. Cette mémoire peut également être collective : «... *l'entreprise peut acquérir la sensibilité dont elle a besoin en cherchant les moyens de se constituer une « mémoire institutionnelle du futur* ». ¹⁰³¹ » C'est dans cette perspective que nous allons construire trois scénarii qui intégreront autant les quatre champs d'influence que les trois éléments de la dynamique de la pérennité.

1. Le premier aborde la question de la philosophie des soins et sa potentielle remise en question. Cette thématique comprend à la fois un élément de la pérennité et celui que nous avons appelé l'« invasion barbare » dans les menaces potentielles (4^{ème} champ d'influence), c'est-à-dire la primauté aux neurosciences et l'abandon d'une psychiatrie relationnelle et humaniste. Ce serait également la rupture avec les « psychanalystes des villes » (3^{ème} champ d'influence). Nous y ajoutons l'effet contraire : le repli « sectaire » sur une philosophie des soins devenue idéologique et la coupure de lien avec l'environnement (1^{er} champ d'influence).
2. Le deuxième aborde la thématique de l'homologie entre les pratiques cliniques et les pratiques de gestion. Comme nous l'avons relevé, cette homologie s'enracine dans les pratiques soignantes relationnelles. Cette homologie pourrait s'abolir en

¹⁰³⁰ Berger G. Bourbon-Busset J. de Massé P. De la prospective, L'Harmattan, Paris 2^{ème} éd. 2007, p. 61

¹⁰³¹ Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, p. 57

changeant les modes opératoires de la gestion dans une référence propre au management et plus technocratique en rupture avec les pratiques cliniques. Cette perspective correspond au champ de menace d'un conflit dans la Direction de l'institution (2^{ème} champ d'influence) avec les cliniciens d'un côté et leurs références et les gestionnaires de l'autre avec les leurs, chacun dans son champ sans interstice pour les faire conjuguer.

3. Le troisième concerne la finance, gage de l'autonomie de l'établissement. Cette thématique est transverse car elle peut impacter l'ensemble des constituants de l'institution. En effet, l'autonomie concerne autant la philosophie (pour la maintenir) dans le sens de cultiver ses propres manières de faire en tant que valeur et faire-ensemble entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. Il s'agit également d'y voir une prédation des « barbares » (4^{ème} champ d'influence) qui pourraient dicter la marche à suivre pour y mettre les préoccupations financières au premier plan sans lien ni prise en compte des dimensions plus humaines.

L'abandon de la philosophie des soins

L'abandon de la philosophie des soins remettrait fondamentalement en question les pratiques soignantes et les modes de gestion. Ce serait la base et tout le ciment de l'institution qui serait modifié.

La philosophie des soins de la Fondation définit une idée de l'homme, de la personne dans un rapport égalitaire qui donne la priorité aux relations et conditionne leurs natures. Ce positionnement du départ a été traduit par les successeurs des fondateurs et s'est professionnalisé dans une référence clinique qui l'a renforcé. L'improbable alliance des valeurs chrétiennes et de la psychanalyse s'est forgée dans un nouvel élan institutionnel. Après le faire-ensemble des fondateurs et des soignants, celui des soignants et des médecins s'est naturellement instauré avant de faire place au faire-ensemble global avec les gestionnaires. Ce dernier a été favorisé par la philosophie des soins qui conditionnent également les modes de gestion. En effet, c'est à partir de là que s'est créée une homologie entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. Cette homologie peut être opérationnelle à condition de laisser de l'autonomie aux acteurs et donc des marges de manœuvre qui se jouent dans les interstices. Ces derniers sont les espaces de rencontre, de conjugaison, de transformation et d'articulation qui assurent les ajustements

nécessaires au faire-ensemble. Il est clair que le tout est relié dans une dynamique globale dont les rouages reposent sur le trépied : philosophie de soins, homologie et interstices.

Maintenir une psychiatrie relationnelle en référence à la psychanalyse relève d'une certaine dissidence qui signe un clin d'œil aux fondateurs qui faisaient partie de l'Église dissidente qui a été à la base de la rencontre des fondateurs et de leur projet. Être à la marge n'est pas une position facile à tenir, compte tenu des pressions toujours plus grandes pour aboutir à un isomorphisme global. La Fondation a besoin pour garder ses références d'être solide. Cette solidité s'obtient avec les armes actuelles qui sont notamment les résultats, leur mesure, sa performance globale. La recherche occupe une place d'importance à l'instar de résultats des recherches sur la psychothérapie psychanalytique qui ont démontré son efficacité¹⁰³². Tous ces éléments sont portés par des personnes capables d'incarner et de défendre cette approche et cultiver les alliances pour le faire. Réunir tous éléments est difficile et présente un important danger pour la Fondation d'abandonner sa philosophie de soins au profit des tendances générales par incapacité à recruter les professionnels adéquats pour réaliser cette lourde tâche.

L'abandon de cette philosophie des soins correspondrait à une infiltration générale qui entacherait l'ensemble des éléments du dispositif dont le trépied philosophie des soins, homologie et interstices. Cette infiltration amènerait un changement sournois en profondeur des modes cliniques et en cascades de ceux de la gestion, donc de l'ensemble de l'institution. L'homologie se perdrait comme les interstices et le faire-ensemble ne pourrait plus fonctionner, privé de ses outils. Ce serait la naissance d'une autre institution dans l'idée d'une perte de l'âme actuelle.

Si la philosophie des soins est une base pour travailler, c'est également un appui pour forger des liens avec l'extérieur. Elle est plutôt un tremplin qu'une barrière. Mais elle présente le danger de se transformer en idéologie plutôt qu'une référence. L'idéologie, fondue dans une autosatisfaction, ne fait pas d'épreuve de réalité et ne peut s'adapter et ni évoluer pour assurer sa pérennité. Ce serait une autre façon de faire mourir la philosophie des soins par perte des échanges nourriciers en fonctionnant comme une « secte ».

¹⁰³² Despland J. N. La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical, CHUV Magazine, hiver 2013, pp. 22-23

L'abandon de la philosophie des soins modifierait également l'implication des collaborateurs. Nous avons relevé qu'elle opérait comme une stratégie qui laisse de l'autonomie aux collaborateurs pour leur permettre de réaliser leurs tâches à leur manière. Au-delà de l'implication inhérente au travail relationnel, la réalisation autonome dans la réalisation des activités contribue à une forme d'implication. L'implication nécessite de la confiance et de la sécurité et fait bon ménage avec la délégation plutôt que le contrôle serré ce qui est une manière de la limiter. L'implication est une manière de répondre en retour à la confiance témoignée dans la marge de manœuvre accordée. Elle contribue au sentiment d'appartenance par la possibilité d'inscrire son action dans le collectif. Nous estimons qu'il y a là une grande perte potentielle dans l'abandon de la philosophie des soins pour le sentiment d'appartenance, l'implication et l'autonomie des collaborateurs.

La fin de l'homologie

L'homologie est un des éléments clé du faire-ensemble global de l'établissement entre pratiques cliniques et pratiques de gestion. Le faire-ensemble est une ressource et une force pour faire face aux lourds défis qui se présentent actuellement. Mettre fin à cette homologie affaiblirait la Fondation par perte d'un levier important de cohérence institutionnelle et de capacité à faire-ensemble.

L'homologie prend racine dans les pratiques cliniques et la conception institutionnelle partagée de l'homme. Celle-ci conditionne les relations entre les collaborateurs que ce soient ceux de la gestion ou de la clinique dans un rapport de type égalitaire où la confiance occupe une place de choix. La rupture pourrait se faire en adoptant des références différentes pour la gestion et la clinique ce qui aboutirait à la constitution de deux mondes parallèles : celui de la gestion et celui de la clinique avec chacun ses modes de faire et ses références. L'indispensable dialogue entre ces deux domaines se compliquerait et serait mis à mal.

Cette perspective nous laisse imaginer une gestion plus technocratique mettant structures et procédures au premier plan au mépris des dimensions relationnelles. Dans cette configuration, les relations pourraient tendre vers un mode plus hiérarchique et plus directif plutôt que sur le leadership des responsables. Ce serait la perte de la délégation et des rapports de confiance. Dans ce cas, la différence des modes de faire et de référence compromettrait la compréhension mutuelle et la cohérence de la Direction

ce qui ne manquerait pas de susciter des oppositions et des conflits au sein de la Direction et la Fondation se retrouverait dans des conflits internes (zone 2 des champs d'influence) sur une question de fond.

Les conséquences d'une telle situation provoqueraient en cascade des dommages qui modifieraient profondément le fonctionnement institutionnel. Comme nous l'avons déjà évoqué, tout étant lié, nous aurions des conséquences similaires à l'abandon de la philosophie des soins dans le sens d'un affaiblissement global mais avec un détonateur différent. Quoi qu'il en soit, ce serait une rupture par rapport à l'existant plutôt que l'évolution d'un modèle sur une dynamique tradition - évolution, et une perte de sens pour les collaborateurs. Un changement de ce type donne forcément un message négatif sur l'existant et ne favorise pas l'adhésion des collaborateurs au projet institutionnel, ni ne stimule leur motivation.

Si nous pouvons considérer que la Fondation a mis en place une gestion par projet dont le contrat interne de prestations en est le révélateur, quel devenir pouvons-nous présager avec la perte de l'homologie ? Ce contrat a l'ambition d'intégrer clinique, organisation et gestion des services, gestion financière comprise. Il repose sur l'engagement des responsables et en cascade de l'ensemble de collaborateurs au projet de service. Le contrat est suivi dans des échanges et des espaces de réflexion entre services et Direction. La « proximité » que l'homologie procure, favorise une compréhension mutuelle et contribue à l'adhésion des collaborateurs au projet et à leur motivation. À l'inverse, sans adhésion, ni motivation, le projet perd de sa substance et les collaborateurs risquent d'attendre passivement les directives des donneurs d'ordres. Le risque est grand de passer d'un mode fondé sur l'échange et de l'engagement à celui du contrôle et de la sanction. Tout laisse à croire que dans une telle configuration, la Fondation aura de la peine à faire face à ses défis et va perdre de précieux collaborateurs de toute profession.

La prédation financière

Depuis la création de l'institution, les finances ont toujours été au service de la mission et des projets. Il n'a jamais été question de faire de l'argent ou que le gain dicte les actions de la Fondation. L'objectif a été de trouver les ressources pour réaliser les projets plutôt que l'inverse. Les finances sont donc un moyen et non une fin, et l'équilibre financier est primordial parce qu'il est également un gage d'autonomie. Faillir à cet équilibre amènerait à prendre le risque de perdre cette autonomie qui est la condition *sine qua non* de

l'existence et de la mise en œuvre du projet atypique de Nant. Les résultats financiers de la Fondation au cours de son histoire montrent que les responsables ont toujours œuvré dans ce sens.

Actuellement, les pressions du côté du financement des soins sont énormes, le remboursement, si ce n'est les prestations, est fréquemment remis en question par les caisses maladie qui les financent. Quelquefois, les traitements sont financés partiellement, ou déclassés dans une catégorie moins rémunératrice, à l'exemple des traitements hospitaliers qui nécessitent plus de temps. Par ailleurs, les financements croisés ne sont plus possibles : par exemple il n'est plus possible de faire jouer les vases communiquant entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Ainsi, certains soins ambulatoires sont difficiles à autofinancer, compte tenu de la particularité de la clientèle. En effet, ils s'adressent à des patients dont les problématiques les amènent à manquer régulièrement leurs rendez-vous ou nécessitent beaucoup de temps de coordination. Ces prises en soins sont donc peu rémunératrices si ce n'est déficitaires. Ces nouvelles directives de financement amenuisent les marges de manœuvre et le système perd en souplesse. Les défis à relever sont donc très sérieux. Dans la même dynamique que celle de l'homologie évoquée plus haut, la rupture entre clinique et gestion financière pourrait se réaliser dans le sens que les finances, du fait de leur importance, prennent l'ascendant sur les autres dimensions et deviennent l'élément central au lieu d'être le moyen d'un projet. Le sens global et commun serait perdu et la fissure entre le monde financier et celui de la clinique engendrerait une perte de cohérence globale qui affaiblirait la performance de l'institution. La même dynamique que celle de l'abandon de l'homologie se retrouverait en termes de perte de sens et de motivation pour finalement entamer la performance institutionnelle. Travailler ensemble sur des enjeux partagés pour trouver des solutions communes est une manière d'assurer le sens de son action pour chacun et son adhésion au projet.

Il existe un premier risque de voir les espaces de réflexion et d'échanges remis en question au profit des prestations facturables. Or, nous avons relevé combien ces espaces de rencontre (interstices) permettent de maintenir le sens pour chacun et de s'ajuster dans des objectifs partagés. De plus, le projet clinique s'attache à offrir la possibilité d'une trajectoire complète pour certains patients, autrement dit à assurer à ces derniers un ensemble cohérent de soins, allant des plus aigus au suivi à long terme. Le morcellement des trajectoires est un facteur de risque pour les patients qu'il convient de désamorcer. Chaque étape n'a pas le même potentiel de financement, et le risque réside dans l'abandon

d'une étape par difficulté de financement ce qui entacherait la qualité des prises en soins globales.

Nous considérons la primauté de la finance comme une « invasion barbare » (champ d'influence 4) interne qui rejoindrait la zone de conflit interne (champ d'influence 2). Cette invasion provoquerait une rupture dans le faire-ensemble entre cliniciens et gestionnaires. Le barbare est celui qui ne parle pas la langue, et probablement que chacun, gestionnaire ou clinicien verrait en l'autre le barbare qui ne comprend pas son langage, ni ne partage ses valeurs. Au final, c'est la croyance dans une certaine idée de l'homme qui s'éteindrait, n'étant plus l'intention prioritaire de l'institution.

Un retour vers l'homme ?

La compréhension générale des modes de gestion actuels montre leur potentiel et la nécessité de les maintenir comme une force face aux défis présents. Nous avons identifié un cercle vertueux et récursif qui part de la philosophie de soins et des valeurs pour construire une homologie entre pratiques de soins et pratiques de gestion qui s'opérationnalisent dans les interstices. Se défaire de l'un de ces trois piliers des modes opératoires de la Fondation revient à défaire un équilibre dynamique, certes à la marge ou dissident, mais performant jusqu'à présent. Nous revenons au début : ce sont les valeurs, les convictions et l'intention qui ont donné les forces nécessaires à la création et au développement de la Fondation et tout porte à croire que ce sont les mêmes rouages qui peuvent assurer une continuité.

La posture des fondateurs était « d'être au service » et ce qu'ils ont construit en est la preuve vivante. Ce positionnement a été généralement suivi et a donné de bons résultats puisque l'institution s'est pérennisée et s'est développée en maintenant sa philosophie. Mais il existe un risque d'inversion de cette posture dans laquelle on viendrait se servir plutôt que servir. Cette posture de prédateurs se cache sous le voile de la technocratie et de la finance comme intention première.

Pour faire un dernier clin d'œil à la psychanalyse, rappelons qu'il existe une autre forme plus sournoise de prédation qui se cache derrière l'envie. On connaît la force destructrice de cette féroce envie depuis que M. Klein l'a mise en évidence¹⁰³³, envie qui se porte sur

¹⁰³³ Klein M. *Envie et gratitude*, Gallimard Tell, Paris, 1975

la créativité des autres qui devient insupportable aux yeux de ces envieux qui s'arrangent pour la détruire. P. C. Racamier l'a appris à ses dépens lorsqu'il travaillait à l'hôpital de Prangins en Suisse et que « *le tenancier de l'établissement... n'avait pas pensé qu'il ne supporterait pas qu'une activité passionnante se déploie dans « ses » terres...* ¹⁰³⁴ » Devant la situation, le génial psychanalyste des psychoses s'en est allé à Paris et peu de temps après, l'établissement alors privé, a fini dans le giron de l'État.

Au final, il nous semble que la perspective la plus favorable pourrait se résumer dans la capacité qu'aura l'institution de trouver un équilibre sur la pointe de la pyramide du quadrilatère des champs d'influence sans tomber sur une des quatre pentes glissantes. La pointe de cette pyramide peut être plus ou moins émoussée, donc plus ou moins étendue pour faciliter l'équilibre qui sera tributaire du choix des dirigeants que la Fondation opérera. Le modèle repose principalement sur les personnes, c'est ce qui en fait sa fragilité mais la possibilité d'y avoir une âme.

Devant la poussée des organisations de masse, tels les grands groupes hospitaliers, le centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ou les regroupements ou fusions d'établissements, ce modèle organisationnel offre peut-être une « contre-idée dissidente » en remettant l'homme au centre de l'organisation et des préoccupations plutôt que sa structure. Cette perspective peut intéresser d'autant plus que des alternatives à ces grandes organisations se multiplient, à l'instar des entreprises libérées¹⁰³⁵ qui commencent à faire leur place dans le paysage. Le choix de mettre la priorité sur l'homme au centre de l'organisation, avant la structure peut répondre tant aux objectifs financiers qu'à l'humanité de ses collaborateurs. Ces organisations sont également fondées sur une idée de l'homme et des valeurs humanistes dont certaines ont prévalu à construire de grands projets dont notamment la naissance de la psychiatrie et de la Fondation de Nant.

¹⁰³⁴ Racamier P. C. *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 1993, .p VI

¹⁰³⁵ Getz I. Carney B. M. *Liberté and Cie, Quand la liberté des salariés fait le succès des entreprises*, Champs Essais Flammarion, Paris, 2009

Bibliographie

Ouvrages et articles

- Aldrich, H. E. and J. Pfeffer Environments of organizations. *Annual review of sociology* : 1976, 79-105
- Aldrich, H. *Organizations and environments* : Stanford University Press, 2008
- Agamben G. *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Ed. Payot et Rivages, Paris, 2007
- Alter N. *L'innovation ordinaire*, PUF, Quatriges, Paris, 2005, 284 p.
- Alter N. *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions La découverte poche, Paris, 2009-2010, 233 p.
- Amad A. Thomas P. *Histoire de la maladie mentale dans le Moyen – Orient médiéval*, Annales medico-psychologiques 19, 6, 2010
- Amourous C. sous la dir. *Que faire de l'hôpital ?* L'Harmattan, Paris, 2004, 369 p.
- Andreoli A. Lalive J. Garrone G. *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Simep, Lyon, 1996
- Antoine M., Donis C., Rousseau A, Taskin L., *La libération des entreprises : une approche diagnostique par le design organisationnel*, Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2017/56 vol. XXIII, pp. 163-184
- Ansermet F. Magistretti P. *À chacun son cerveau*, Odile Jacob, Paris, 2004
- Architecture et psychiatrie, l'hôpital : espace de soin, espace urbain*, Actes de colloques, Ed. La ferme du Vinatier, cahier n° 3, Lyon, 2001
- Anzieu D., *L'illusion groupale*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1971, n° 4, pp. 73-93
- Arnaud Gilles, *Psychanalyse et organisation*, Armand Colin,, Paris, 2004, 202p
- Ayme J. *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*, In Actualités de la psychothérapie institutionnelle, Vigneux, Matrices, 1985
- Baker A. Davies R.L. Sivadon P. *Services psychiatriques et architecture*, OMS, Genève, 1960, 65 p.
- Autissier D. sous la dir, *Les défis du sens making en Entreprise, Karl E. Weik, et les sciences de gestion*, Ed. ECONOMICA, Paris, 2006
- Avril C. Cartier M. Serre D. *Enquête sur le travail, Concepts, méthodes, récits*, La Découverte, Paris, 2010, 283 p.
- Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*, (1^{ère} édition 1957) Payot, 2003
- Bardin L. *L'analyse de contenu*, PUF Quatriges, 2^{ème} édition, 2^{ème} tirage, Paris, 2014, 291 p.

- Barth I. *L'interstitiel, un nouvel espace de jeu entre psychanalyse et management*, Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2011, N° 43, vol. XVII, pp. 29-32
- Barth I. Bourion C. *L'interstitiel, un lieu fécond pour penser les liens entre-deux*, Revue internationale de Psychosociologie, vol. XVII, 2011/ 43, pp. 33-48
- Barthe R. *Introduction à l'analyse structurale des récits*, In Communications, 8, 1966, Recherches sémiologiques : l'analyse structurale du récit, pp. 1-27
- Batifoulier F., *Le directeur et la clinique. Prendre soin de l'institution*, Empan, Clinique et gestion, N° 78, juin 2010, pp 119-127
- Baudelaire C. *Les fleurs du mal*, Librairie Gründ, réédition de l'édition définitive de 1868, Paris, 1947
- Baumard P *Constructivisme et processus de la recherche : l'émergence d'une « posture » épistémologique chez le chercheur*, Colloque constructivisme et Sciences de gestion, IAE de Lille, 23.10.1997
http://www.iae-aix.com/fileadmin/files/cerog/cv/baumard/pages/constructivisme_recherche.pdf consulté le 17.10.2012
- Bazzoli L. Dutraive V. *L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J. R. Commons*, Economie et Institutions, N° 1 – 2^{ème} semestre 2002, pp. 5-46
- Berger G. Bourbon-Busset J. de Massé P. *De la prospective*, L'Harmattan, Paris 2^{ème} éd. 2007
- Bergeron J. *Le contrat interne de prestation à la Fondation de Nant*, Mémoire de Master 2, « Droit, Economie, Gestion », Ifross, Université J. Moulin Lyon 3, 2002
- Bergson H et al. *Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière*, Revus française de sociologie, 2013/2 vol. 54, pp. 263-302
- Bibard L. *Sur la nature interstitielle de l'agir*, Revue Internationale de Psychosociologie, N° 43, Vol. XVII, 2011, pp 63-80
- Bion, W.R. *Intra-group tensions in therapy*, Lancet 2 : 678/781 - Nov. 27, 1943
- Bion W. *Recherches sur les petits groupes* (Experiences in Groups, 1961), PUF, Paris, 1965
- Bion W. *L'attaque contre les liens*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1982, N° 25, pp. 285-298
- Bion W. *Une mémoire du future, le passé au présent*, tome II, Cesura Lyon éd. 1989
- Becker, H. *Les ficelles du métier*, Ed La découverte, Paris 2002, 353 p.

- Benghozi P-J. Huet J.-M sous la dir. *Le meilleur de la stratégie et du management*, Pearson éd. Coll. Village mondial, Paris, 2012
- Bertrand J. Alary P. *Le groupement des hôpitaux de jour psychiatrique, un espace de réflexion et d'action*, *Soins psychiatriques*, N° 276, sept./Oct. 2011, pp 18-21
- Bion, W.R. *Intra-group tensions in therapy*, *Lancet* 2 : 678/781 - Nov. 27, 1943
- Bion W. *Recherches sur les petits groupes* (Experiences in Groups, 1961), PUF, Paris, 1965
- Bion W. *Une mémoire du future, le passé au présent*, tome II, Cesura Lyon éd. 1989
- Blanchet A. Gotman A. *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Armand Colin, Paris, 2^{ème} éd. 2013
- Bleandonu G. Despinoy M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Payot, Paris, 1974, 413 p.
- Bleandonu G. Gaufrey G. Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris) *Annales. Économie, Sociétés, Civilisation*. 30^{ème} année, N, 1, 1975. Pp 93-121
- Bleandonu G. *L'évolution des hôpitaux de jour en France*, *NERVURE*, tome VII, n° 7, octobre 1994, pp. 62-63
- Bleandonu G. *L'accueil thérapeutique à temps partiel, perspectives générales*, *NERVURE*, tome XII, n° 7, octobre 1999, pp. 19-22
- Bleger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, In *Crise, Rupture et dépassement*, Sous la dir. Kaes R. Dunod, Paris, 1979, pp. 255-285
- Bonnet D. *Penser le changement à partir de la notion de milieu interstitiel*, *Revue Internationale de Psychosociologie*, N° 43, Vol. XVII, 2011, pp. 81-100
- Bouveresse J. *Prodiges et vertiges de l'analogie*, Raison d'agir, éd. Paris 1999, 158 p.
- Bonnet M. *Le témoignage d'un infirmier*, revue *Esprit*, 1952, In *Le témoignage d'un infirmier 1952*, Institutions, N° 58, octobre 2016, pp. 58-63
- Bouquet B., *Lier management et clinique ? Des paradoxes aux perspectives*, *Empan, Clinique et gestion*, N° 78, juin 2010, pp 94-99
- Bourgeois L. J. On the measurment of roganisation slack, *The academy of management review*, Vol. 6. N° 1 (jan.1981) pp. 29-39
- Boutinet Jean Pierre, *Anthropologie du projet*, Puf, Quadrige, Paris, 2005, 405 p.
- Boutinet Jean Pierre, *Psychologie des conduites à projet*, Puf, Que sais-je ?, Paris, 2004, 126 p.
- Brault I, Roy D. À, Denis J.-L. *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 volume 39, n° 3, juillet-septembre 2008, pp 167-173

Bridger H. Gray S. Trist E., *L'institut Tavistock : origine et premières années*, Revue Internationale de Psychosociologie, 1998-1999, vol V, n° 10-11, pp 7-29

Brunnelle Y. *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*, Pratiques et organisation des soins volume 40 N° 1 janvier – mars 2009, pp 39-48

Brechet J. P., *Gestion stratégique, le développement du projet d'entreprise*, Ed. ESKA, Paris, 1996

Caire M. *Pussin avant Pinel*, l'Information Psychiatrique, 69,6, 1993, pp 529-538

Callon M. *Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau*, Entretien avec Michel Callon, Sociologie Pratique N° 13/2006, pp 37-44

Caradec Cousson J. *De l'angoisse à la sainteté, Jean de Dieu, patron des malades et des infirmiers*, Coll. Figures d'hier et d'aujourd'hui, Beauchesne, Paris, 1973

Carrez J.P. *La Salpêtrière de Paris sous l'ancien régime : lieu d'exclusion et de punition pour les femmes*, Criminocorpus, revue hypermédia, mis en ligne janvier 2008, consulté le 8.08.2011.

Castel J. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris, 1976, 333 p.

Castel R. *Le psychanalyste*, Flammarion, Paris, 1981, 1^{ère} éd. F. Maspéro, 1973, 307 p.

Castel R. *La gestion des risques*, Les éditions de minuit, Paris, 1981, 222 p.

Catellin S. *Sérendipité, abduction et recherche sur internet*, In Emergences et continuité dans les recherches en information et communication, Actes du XII^{ème} congrès national des sciences de l'information et de la communication, UNESCO (Paris) du 10 au 13 janvier 2001, pp 361-367

Catellin S. *L'abduction : une pratique de la découverte scientifique et littéraire*, HERMES, 39, 2004, pp 179-185

Chanlat A. Dufour M. sous la dir. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, Editions d'organisation, Paris 1985, 437 p.

Chanoit P. F. *La psychothérapie institutionnelle*, PUF, que sais-je ? Paris, 1995, 128 p.

Chazalet N. Perrin-Niqueet A. *Le management, un outil de contenance*, Soins psychiatrie, N° 295, novembre-décembre 2014, pp. 30-32

Chiland C. Bonnet C. Braconnier A. sous la dir. *Le souci de l'humain, un défi pour la psychiatrie*, Erès, Toulouse, 2010, 486 p.

Cicone A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, Cahier de psychologie clinique 2001/2 (N°17), p. 81-102

- Ciccone A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Dunod, Paris, 2011
- Ciccone A. et al. *La violence dans le soin*, Dunod, Paris, 2014, 307 p.
- Claveranne J. P. Pascal C. *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Médica éditions, Paris, 2004, 262 p.
- Collins J. Porras J. *Bâties pour durer, les entreprises visionnaires ont-elles un secret ?* Editions Générales First, Paris, 1996, 341 p.
- Coulon N. de, *La crise, Stratégie d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, Gaëtan Morin Ed. Montréal, Paris, 1999
- Crozier M. Friedberg E. *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, Paris 1977, 504 p.
- Coenen-Huther J. Heurs et malheure du concept de rôle social, *Revue européenne des sciences sociales*, N° XL-III-132, 2005, pp 65-82
- Coldefy M. (Irdes) *L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences*, *Questions d'économie de la Santé*, N° 189, octobre 2012, 8 p. <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>
- Comtet I. *Entre usage professionnelle des TIC et structure organisationnelle : la capacité au bricolage comme compétence adaptative*, *Etudes de communication*, 33 1 2009, 119-134
- Contandriopoulos A. P. Denis J. L. Nasser T. Rodriguez R., *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n°2, 2001, pp 38-52
- Conus P. et coll. *Le Soutien psychiatrique Intensif dans le Milieu (SIM) à Lausanne, une expérience pilote*, *revue médicale de la Suisse Romande*, 121, 2001, pp. 475-481
- Coulon N. de *La cure de pack, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique*, Thèse de médecine, soutenue à Lausanne en 1981 et publiée en 1982 par l'imprimerie Grama, Vevey, 63 p.
- Coulon, Nicolas de, *La cure de packs : une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique*. In : *L'information psychiatrique*, 61, 2, févr. 1985
- Coulon N. de, *De la consultation psychiatrique à l'intervention de crise*, *Gazette médicale, Zürich*, 1986, N° 66/6, pp 66-69
- Cramer Bertrand, *Les psychothérapies mère-bébé : quels enseignements pour la pratique psychothérapeutique ?* *Psychothérapies*, 2002/2 Vol. 22, p. 71-76
- Crépelet F. Dupouët O. Kern F. *Dualité cognitive et organisationnelle de l'entreprise : le rôle différencié du manger et de l'entrepreneur*, *Revue d'économie industrielle*, Vol. 95, 2^{ème} trimestre 2001, pp. 9-22

- Cyert R.M. March J.G. *À behavioral theory of the firm*, Prentice Hall, 1963
- Dacin M. T. Goodstein J. Scott W. R. *Institutional theory and intitutional change : introduction to the special research form*, Academy of Management Journal, 2002, Vol 45, N° 1, pp. 45-57
- Daetwyler A. Panchaud R. *Une conception personnalisée des soins*, Krankenpflege - Soins infirmiers, 5, 1987, pp. 80-82
- Dallaire C. sous la dir. *Le savoir infirmier, au cœur deéa discipline et dela profession*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 2008
- Dandier B. *Les « idéaltypes » de Max Weber, leurs constructions et usages dans la recherche sociologique.* 2004
http://classiques.ugac.ca/collection_methodologie/weber_max/idealtypes/weber_idealtypes.pdf
- Davoine F. Gaudillère J. M. *Histoire et trauma, la folie des guerres*, Stock, L'autre pensée, Paris, 2006
- David A. *Logique, épistémologie et méthode en sciences de gestion*, conférence de l'AIMS, mai 1999, <https://core.ac.uk/download/files/153/6465176.pdf> Consulté le 26.03.2016
- David G. *Contribution à l'étude du slack organisationnel : le cas des dépenses d'investissements dans une grande entreprise industrielle*, La Revue des Sciences de Gestion, N° 253, janvier-février 1012, pp. 59-68
- David J. *Une cure de relaxation chez un patient psychotique en milieu hospitalier*, Revue de Médecine psychosomatique, 2/12 - 1983, pp. 85-89
- David J. Brodard I : *Métamorphose du soin, à propos des médiations corporelles en psychiatrie*, Rev. de Méd. Psychosomatique N° 34, 1993, pp. 89-108
- Daumazon G. Koechlin P. *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine*, Anais Portugueses de Psiquiatria, 1952, vol. IV, N° 4, pp. 271-312
- De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, université De Boeck, Paris Bruxelles, 1997
- Delavallée E. *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Ed. d'organisation, Paris 2002, 140 p.
- Delion P. *Accueillir la personne psychotique : espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne*, In Psychose, vie quotidienne, éres, Toulouse, 1998, pp. 11-20
- Delion P. sous la dir. *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, éres, Toulouse, 1998.
- Delion P. *Mon combat pour une psychciatrie humaine*, Albin Michel, Paris, 2016, 273 p.

- Denis J. L. Lamothe L. Langley A. *The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations*, Academy of management Journal, 2001, Vol 44, n° 4, 809-837
- Denis J. L. Contandriopoulos A.P. *Gouvernance clinique : discussion et perspectives*, Pratiques et Organisation des soins volume 39 n° 3, juillet-septembre 2008, pp 249-254
- Despland J. N. *Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques*, Psychotropes, 2010, Vol.16, N° 2, p. 21
- Despland J. N. *La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical*, CHUV Magazine, hiver 2013, pp. 22-23
- Detchessahar M. *Santé au travail, quand le management n'est pas le problème mais la solution*, Revue française de gestion, 2011/5 – N° 214, pp. 89-105
- Douki S. *La psychiatrie en Tunisie : une discipline en devenir*, L'information psychiatrique 2005 ; 81, pp 49-59
- DiMaggio P. J. Powell W.W. *The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Field*, American Sociological Review, Vol. 48, Issue 2 (apr. 1983), pp. 147-160
- Donzé P.-Y. *Bâtir, gérer, soigner, Histoire des établissements hospitaliers de Suisse Romande*, Georg Ed. Genève, 2003, 367 p.
- Donzé P.-Y. *La fédération des hôpitaux vaudois (1903-2003)*, FHV Fédération des hôpitaux vaudois, 2004, 44 p.
- Donzé P.-Y. *Histoire des politiques hospitalières en Suisse Romande*, Ed. Alphi-Presses universitaires suisses, Neuchâtel, 2017, 131 p.
- Douki S. Moussaoui D. Kacha F. *Manuel de psychiatrie de praticien maghrébin*, Masson, 1987
- Drucker P. *La pratique de la direction des entreprises*, Editions d'organisation, Paris, 1957
- Drucker P. *Les nouvelles réalités, de l'État providence à la société du savoir*, InterEditions, Paris, 1989, 319 p.
- Drucker P. *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, Paris, 1999, 189 p.
- Dujarier M.A. *L'idéal au travail*, PUF, Quadrige, Paris, 2012, 291 p.
- Dubet F. *Le déclin de l'institution*, Ed. du Seuil, Paris, 2002, 421 p.
- Dumas M. Ruiller C. *Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quel rôle à tenir ?* Revue de gestion des ressources humaines, N° 87, 2013, pp. 42-58
- Dumez H. *Identité, performance et pérennité organisationnelle*, Revue française de gestion, 2009, Vol. 35, N° 192, p. 93

- Dupuy François *Lost in management, la vie quotidienne des entreprises du XXIe siècle*, Ed. du Seuil, Paris, 2011, 275 p.
- Dupuy François *Lost in management 2, la faillite de la pensée managériale*, Ed. du Seuil, Paris, 2015, 245 p.
- Duquesne J L., *En mangeant, un directeur trahit-il le médico-social ?*, Empan, Clinique et gestion, N° 78, juin 2010, pp 128-133
- Ellengerger H. *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Fayard 1994, 975 p.
- Essalet J.M. *Les cinq chemins du clair et de l'obscur*, Guy Trédaniel Editeur, Paris 2010
- Ey H. *Etudes psychiatriques*, vol 1, CREHEY, Perpignan, 2006
- Fauvel A. *Avant propos*, Romantisme 2008/3, N° 141, pp. 3-9
- Fognini M. *Au carrefour des transformations et du travail psychique*. éditorial, ERES | Le Coq-héron, 2009/3 n° 198 | pages 7 à 13
- Fognini M. *Perspectives et apports de Bion au travail clinique*, Le Coq- héron 2004/2 (no 177), p. 144-160
- Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963
- Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972, 583 p.
- Foucault M. *Des espaces autres, hétérotopies*, Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, Architecture, Mouvement, continuité, N° 5, octobre 1984, pp. 46-49
- Foulquié P. Saint-Jean R. *Dictionnaire de la langue philosophique*, PUF, Paris, 1962
- Friedson E. *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984
- Funes de J. *Socrate au pays des process*, Flammarion, Paris, 2017, 144 p.
- Fussinger C. Deodaaat T., *L'évolution des modèles architecturaux, un reflet de l'évolution de la thérapeutique ?* In Architecture et psychiatrie, L'hôpital : espace de soin, espace urbain, éd. La ferme du Vinatier, 2001, pp 33 -49
- Fussinger C. Deodaaat T. *Lieux de Folie, Monument de raison*, les archives de la construction moderne, Presse polytechniques et universitaires romndes, Lausanne, 1998
- Fustier P. *L'interstitiel et la fabrique de l'équipe*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2012, N° 14, pp. 85-96
- Garel G. *Pour une histoire de la gestion de projet*, Gérer et comprendre, décembre 2003, N° 74 pp. 77-89

- Garouste G. L'intranquille, autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou, Le livre de poche, Paris, 2009, 156 p.
- Gauchet Marcel, Swain Gladys, *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980, 519 p.
- Gavard-Perret et coll. *Méthodologie de la recherche*, Pearson Education France, Paris, 2008
- Geffray C. *Le nom du maître, contribution à l'anthropologie analytique*, Ed. Arcannes, Paris, 1997, 215 p.
- Gelinier Octave, *Direction participative par objectifs*, Editions Hommes et techniques, 6^{ème} éd. Paris, 1980 (1967).
- Genelot D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 3^{ème} éd. 2001, 357 p.
- Geofroy F. *Penser l'informel, non-concept ou méta-concept pour le management?* Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2011/43 - Vol. XVII, pp. 49 à 62
- Getz I. Carney B. M. Liberté and Cie, *Quand la liberté des salariés fait le succès des entreprises*, Champs Essais Flammarion, Paris, 2009, 421 p.
- Geus Arie de, *La Pérennité des entreprises, L'expérience des entreprises centenaires au service de celles qui veulent le devenir*, Maxima éditeur, Paris 1997, 267 p.
- Gineste T. *Le lion de Florence*, Albin Michel, Paris 2004, 187 p.
- Glouberman S. Mintzberg H. *Managing the care of health and the cure of disease*, Health care management review, Winter 2001 - Volume 26 - Issue 1 - pp 56-69
- Gilbert P. et coll. « *L'entreprise libérée* » : *analyse de la diffusion d'un modèle managérial*, ESKA/Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2017/56, vol. XXIII, pp. 205-224
- Goffman E. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, trad. de Liliane et Claude Lainé, Éditions de Minuit, Paris, 1968, 1979 (rééd.)
- Gomez P.-Y. Rousseau A. Vandangeon Derumez I. *Distance et proximité*, Revue française de gestion, 2011/4 N° 213, pp.13-23
- Guillemain H. Tison S. *Du front à l'asile*, Alma Editeur, Paris, 2013, 417 p.
- Gougoulis N. *Histoire de la psychanalyse dans les institutions psychiatriques*, L'enfant, la psychiatrie et la psychanalyse, Editions in Press, Paris, 2011, pp 17-39
- Granovetter M. *Sociologie économique*, Seuil, Paris, 2008, 305 p.
- Granovetter M. *Les institutions économiques comme construction sociale : un cadre d'analyse*, In Orléan A. *Analyse économique des conventions*, PUF, Paris 2004, pp. 79-94

Grimaud L., *Penser la clinique à l'heure du management : problématiques et concepts*, Empan, Clinique et gestion, N° 78, juin 2010, pp 111-118

Guilhon A, Labbé R, Rappin B., *L'évolution des organisations : une analyse fondée sur l'application de la théorie de Charles Darwin*, La Revue des Sciences de Gestion : Direction et Gestion, 204, pp. 7-21

Guilhot N. *L'hôpital de Beaujeu et son domaine, neuf siècles de combat pour le soin*, Ed. Hôpital local de Beaujeu, Beaujeu, 2008, 128 p.

Gunderson J. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*, in *Psychiatry*, Vol. 41 (November), 1978, pp. 327-335

Haefliger S. *Mythes et réalité du knowlege Management*, Compétence 7-8-/2011 pp 12-13

Hall T. *La dimension cachée*, Editions du seuil, Paris 1971

Hannan M. T. Freeman J. *The population ecology of organisations*, *American Journal of Sociology*, Vol 82, Issue 5 (mar. 1977), pp. 929-964

Hamel G. *La fin du management*, Vuibert, Paris, 2008, 249 p.

Hampden-Turner C. *L'entreprise face à ses valeurs, cartographier les tensions et développer la synergie*, Les Editions d'organisation, Paris, 1992, 278 p.

Hatchuel A. *Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective*, In *Les nouvelles Fondations des sciences de gestion*, David A. Hatchuel A. Laufer R. éd, Fernege 2001, 2^{ème} éd. 2008. 32 p.

[http://www.meshs.fr/documents/pdf/seminaires/2009/Hatchuel Entreprise action collective 2000.pdf](http://www.meshs.fr/documents/pdf/seminaires/2009/Hatchuel%20Entreprise%20action%20collective%202000.pdf) consulté le 8.10.2012

Hédoïn C. *Institutionnalisme en économie*, 28 mars 2011, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127>, consulté le 28 mars 2016

Heller G. *Gardiens ou infirmiers ? La société suisse de psychiatrie s'interroge dès 1920*, *Archives suisse de neurologie et psychiatrie*, vol 151, 5/2000, suppl. pp34-43

Heller G. *La formation des infirmiers du point de vue de la Société suisse de psychiatrie autour de 1920*, *L'écrit*, N° 32, octobre 2000, p. 1- 6

Hirschman A. *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Les éditions ouvrières. Édition économie et humanisme, Paris, 1972

Hochmann J. *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 2004, 128 p.

Hochmann J. *Penser le devenir de la psychiatrie au regard de l'histoire de ses critiques*, *Instituions*, n° 47 – la formation en psychiatrie – mars 2011, pp 87-109

- Hochmann J. *La psychiatrie pour les nuls*, Edition First, Paris, 2015, 414 p.
- Hochmann J. *Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie*, L'évolution psychiatrique, vol. 82, juillet/septembre 2017, pp. 469-481
- Hody-Yesnaux O. *Les soins en service de psychiatrie fermée, du fonctionnement d'une institution totalitaire aux soins centré sur l'humain*, Perspective soignante, N° 56, septembre 2016, pp 81-89
- Houzel D. « *Le concept d'enveloppe psychique* », in Anzieu et al., *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 1987,p. 23-45.
- Jacques E. *Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété et l'anxiété de persécution, contribution à l'étude psychanalytique des processus sociaux*, In Levin K. *Psychologie sociale, textes fondamentaux*, Tome 2, Dunod, Paris, réédition 1996, pp. 547-564
- Jacques E. *Pourquoi l'approche psychanalytique des organisations est dysfonctionnelle*, Revue Internationale de Psychosociologie, 1997, vol III, n° 6 - 7, pp 7-13
- Jacques E. *Structures d'organisation et créativité individuelle*, In Chanlat A. Dufour M. sous la dir. *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, Editions d'organisation, Paris 1985,pp. 155-164
- Jarrosion B. *Invitation à la philosophie des sciences*, Ed. du seuil, Paris 1992, 233 p.
- Jones M. *The therapeutic community*, New York : basic book ; 1953
- Jones, M. *The concept of a therapeutic community*, The American Journal of Psychiatry 112, 647-650, 1956
- Jourdain S. *Ces entreprises qui ont traversé les siècles...* L'Entreprise n° 121, novembre 1995, http://www.henokiens.com/press_fr/word/L_entreprise.pdf Consulté le 16.10.2012
- Juchet J. *Jean-Batiste Pussin, « médecin des folles »*, Soins Psychiatrie, N° 142-143, août-septembre 1992, pp.46-54
- Julien Eric, *Le chemin des neuf mondes, les indiens Kogis de Colombie peuvent nous enseigner les mystères de la vie*, Albin Michel Ed., Paris 2001, 289 p.
- Kannas S. *Le secteur pour quoi faire ?* Actualité et dossier en santé publique, N° 15, juin 1996, p. 15 <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-15/ad151756.pdf> consulté le 6.01.2012
- Kaes et al. *L'institution et les institutions, Etudes psychanalytiques*, Dunid, Paris, 2000, 219 p.
- Kaes R. *L'extension de la psychanalyse, Pour une métapsychologie de troisième type*, Dunod, Paris, 2015, 288 p.
- Kaeufer K. Scharmer O. Versteegen U. *Breathing life into a dying system, recreating healthcare from within*, reflections.solonline.org Volume 5, n° 3, pp1-6, <http://www.ai.wu.ac.at/~kaiser/birgit/kauefer-scharmer-versteegen.pdf> consulté le 29.05.2012

- Kapsambelis V. *Les institutions psychiatriques : une approche à partir de la théorie de la libido*, In : François Y. Touati B. *Psychanalystes en pédopsychiatrie. Vitalité, diversité, difficultés, face aux nouvelles contraintes*, Paris, Ed. In Press – ASM 13, 2010, pp. 63-86
- Kapsambelis V. sous la dir. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, PUF Quadrige manuels, Paris, 2012, 1152 p.
- Kapsambelis V. *La question de la confiance en psychiatrie*, santé mentale N° 201, oct. 2015, pp. 28-32
- Kernberg O. *Le divan à la mer : la psychanalyse des organisations*, Rev., franc. Psychanalyse, 4/2006, 419-432
- Klein M. *Envie et gratitude*, Gallimard Tell, Paris, 1975
- Koenig G. *Production de connaissance et constitution des pratiques organisationnelles*, Revue de gestion des ressources humaines, N° 9, nov. 1993, pp. 4-17
- Kraepelin E. *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, L'Harmattan, Paris, 1997, 114 p.
- Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris. 1999
- Lamy E. *La médecine au secours de la schizophrénie épistémologique du management ?* Management Prospective Ed./Management & avenir, 2011/3 – n° 43, pp 490-508
- Lanquetin, Jean-Paul, et Sophie Tchukriel, *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, Recherche en soins infirmiers, vol. 114, no. 3, 2013, pp. 95-95
- Lanquetin, Jean-Paul, et Sophie Tchukriel, *Regards sur une clinique infirmière de la proximité*, Défense de la clinique en psychiatrie. ERES, 2014, pp. 169-187
- Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Ed. du Temps, Paris, 1998, 286 p.
- Lantéri-Laura G. *L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française*, In Ehrenberg A. Lowell A. M. *La maladie mentale en mutation, Psychiatrie et société*, Odile Jacob Ed. Paris 2000, pp 247-262
- Laplanche J. Pontalis J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 7^{ème} éd. 1981, 523 p.
- Larson E. W. Gobeli D. H. *Gestion matricielle : contradictions et aperçus*, California management Review, vol. XXIX, N°4, été 1987
- Laville J. L. *Encastrement et nouvelle sociologie économique : de Granovetter à Polanyi et Mauss*, Revue Interventions économiques, 38, 2008, p. 2
<https://interventionseconomiques.revues.org/245> consulté le 19.09.2016

- La Ville Valérie-Ines, *La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ?* Finance Contrôle Stratégie – Volume 3, n°3, septembre 2000, pp 73-99
- Lawrence P. Lorsch J. *Adapter les structures de l'entreprise*, Les éditions d'organisation, Paris, deuxième tirage, 1994, 237 p.
- Le Boterf G. *Construire des compétences individuelles et collectives*, Ed. d'Organisation, 4^{ème} éd. Paris 2006, 271 p.
- Lebrun J. P., *L'institution : ni établissement, ni entreprise*, Empan, Clinique et gestion, N° 78, juin 2010, pp 67-72
- Leigh Star S. *Ceci n'est pas un objet frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, vol 4, N° 1, 2010, pp 18-35
- Le Moigne J.P. *L'Intelligence de l'Action appelle l'exercice de la Pensée Complexe. Pragmatique et Epistémique sont inséparables*, Synergies Monde n° 6 - 2009 pp. 23-48
<http://ressources-cla.univ-fcomte.fr/gerflint/Monde6/lemoigne.pdf>, consulté le 10.08.2012
- Le Moigne J. L. *Les épistémologies constructivistes*, PUF, Coll. Que sais-je, Paris, 2012, 127 p.
- Lenhardt V. Rochet C. *Mettre en œuvre l'intelligence collective*, Management et conjoncture sociale, mars 1997, <http://claude.rochet.pagesperso-orange.fr/art/icmcs.html> 20.10.2010
- Léouffre P. Tempier R. *Le virage ambulatoire en psychiatrie : réactualiser nos principes de psychiatrie communautaire ou rater le virage !* Rev. Can. psychiatrie, vol 43, mai 1998, pp 403-410
- Leuret F. *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie*, (1^{ère} éd. 1846) L'Harmattan, 1998, Paris
- Lévi-Strauss C. *La pensée sauvage*, Ed. Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, Paris, 2008, pp. 555 - 865
- Linder A. Le Flem F. Bussy Y. *Vers une meilleure collaboration des institutions sociales et sanitaires pour la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychique. Une expérience en Suisse Romande*, Revue française des affaires sociales, 2016/2 N° 6, pp. 179-199
- Lorino P. *Méthodes et pratiques de la performance*, Ed. d'Organisation, Paris, 2003
- Luc E. *Le leadership partagé*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2004, p. 49
- Mackienwicz M.-P. *Praticien et chercheur, Parcours dans le champ social*, L'Harmattan, Paris, 2001,
- Main T. *The Hospital as a Therapeutic Institution*, Bulletin of the Menninger Clinic 10 : 66 – 70, 1946
- Majerus B. *Parmi les fous, une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2013, 305 p.

- Marciano P. Benadiba M. *Temps interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants*, VST, 2007, N° 95, pp. 79-89
- Maurin A. *Le passage adolescent : habiter les interstices*, Presse universitaire de Caen, Le Télémaque, 2010/2, N° 38, pp 129-142
- Martin B. Lenhardt V. Jarrosson B. *Osez la confiance* INSEP consulting Ed. Paris, 1996
- Martinet A. C. Pesqueux Y. *Epistémologie des sciences de gestion*, Magnard-Vuibert, Paris, 2013, 269 p.
- Mauss M. *Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1923-1924) Quadrige PUF, Paris, 2004 (1^{ère} éd. 1950) 482 p.
- Ménard Claude, *L'approche néo-institutionnelle : des concepts, une méthode, des résultats*, éd. De L'Harmattan/cahier d'économie politique, 2003/1, n° 44, pp. 103.118
- Menétrey S. *L'autorité est morte, vive la gestion douce*, L'hebdo, 23.12.2010, pp. 56-60
- Metzger L. Delcroix S. *Peut-on toujours jouer dans l'institution ?* <http://fripsi.pagesperso-orange.fr/metzger.htm> consulté le 19.08.14
- Menzel M. P. *Networks and technologies in an Emerging Cluster : the case of Bioinstruments in Jena*. In C. Karlsen, B. Johansson & R. Stough (Eds.) *Industrial clusters and inter-firm networks, New Horizons In Regional Science*, PP. 413-449, Cheltenham, Northampton, Edzard Elgar, 2005
- Meyer C. sous la dir. *Le livre noire de la psychanalyse*, Les Arènes, Parie, 2005
- Meyer M. Skuza K. Utz A. *Surveiller et guérir, pratique de collaboration entre soignants et policiers dans l'hospitalisation psychiatrique*, Tsantsa, Revue de la Société Suisse d'Ethnologie, n° 16, mai 2011, pp 38-49
- Miazza M. et Panchaud R. *Rester en lien pour ne pas rechuter*, Santé Mentale, n° 133, décembre 2008, pp. 20-23
- Miazza M. et Panchaud R. *Concepts psychanalytiques à l'usage des soins*, EMC (Elsevier Masson SAS), Savoirs et soins infirmiers, 2013 ; 8 (2) : 1-6
- Miéville Cl., *L'activité du secteur psychiatrique de l'Est vaudois*, Bulletin de la Source, n° 11, nov. 1974, pp 3-8
- Miéville Cl. *Des guettos asilaires aux lieux d'asile*, Les cahiers médico-sociaux, Genève, 25^{ème} année, N° 4, p. 249-257
- Miéville C. *Évolution de la psychiatrie entre le contrôle social et l'abandon thérapeutique... vrai ou faux problème ?* In : *Déviance et société*. 1985 - Vol. 9 - N°4. pp. 363-372.
- Miéville C. *Qui est fou ?* Revue médicale de la Suisse romande, 121, 2001, pp. 165-168

- Mignon S. *Performance et pérennité en GRH*, Direction et gestion des entreprises, N° 164.165, ressources humaines, 1997, pp. 27-32
- Mignon S. *Concurrence, sélection et pérennité des organisations : un processus inter et intra organisationnel*, In Krafft J. *Le processus de concurrence*, Economica, Paris, 1999
- Mignon S. *La pérennité des entreprises familiales : un modèle alternatif à la création de valeur pour l'actionnaire ?* Finance Contrôle Stratégie, vol. N° 3, mars 2000, pp. 169-196
- Mignon S. *Stratégie de pérennité d'entreprise*, Librairie Vuibert, Paris, 2001, 232 p.
- Mignon S. *Pérennisation d'une PME : la spécificité du processus stratégique*, Revue internationale PME : économie et gestion de la petite et moyenne entreprise, vol. 15, N°2, 2002, pp. 93-118
- Mignon S. *La pérennité organisationnelle, un cadre d'analyse*, Revue française de gestion, N° 192, 2009/2, pp 73-89
- Mignon S. *Pilotage de la pérennité organisationnelle*, EMS éd. Paris, 2013, 229 p.
- Minard M. *Le DSM-ROI, La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, éd. érès, Toulouse, 2013
- Mintzberg H. *An emerging strategy of « direct » research*, administrative science quarterly, vol. 24, N° 4 déc. 1979 pp. 582-589
- Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*, Eyrolles Editions d'Organisation, Paris, 1982, 434 p.
- Mintzberg H. *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, Paris 1990, 703 p.
- Mintzberg H. et coll. *Safari en pays stratégique*, éd. Village mondial, Paris 1999, 423 p.
- Minvielle E. *L'organisation du travail à l'hôpital, gérer la singularité à grande échelle*, Revue Française de gestion, juin-juillet-août 1996, pp. 114-124
- Minvielle E. *De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé, le cas de la qualité hospitalière*, Revue française de gestion, 2003/5, pp. 167-169
- Mirebeau S., *Clinique et management : une synergie en construction*, Empan, Clinique et gestion, N° 78, juin 2010, pp 53-66
- Moles A. *Les sciences de l'imprécis*, Ed. du seuil, Paris, 1995, 360 p.
- Molinier P. *Le travail entre souffrance des patients et souffrance des soignants*, L'INFORMATION PSYCHIARIQUE, 70, 4, 1994, pp 336-342
- Molinier P. *Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes*, Travailler, Revue Internationale de psychopathologie et psychodynamique du travail, 3 : 73-86, 1999, pp 73-86

- Molinier P. *Le care à l'épreuve du travail, vulnérabilité croisée et savoir-faire discrets*, In Paperman P. et Laugier S, sous la dir. *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Ed. EHESC, Paris 2011, pp. 339-357
- Molinier P. *Le care : ambivalence et indécentes*, Sciences humaines, mis à jour le 15.06.2012, http://www.scienceshumaines.com/le-care-ambivalences-et-indecences_fr_15023.html
Consulté le 29.09.2012
- Monceau M. *Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité*, G. Morin éd. Paris, 1999
- Morin E. *La méthode, La nature de la nature*, Vol. 1, Seuil, Paris, 1977
- Morin E. *La méthode, La vie de la vie*, Vol. 2, Seuil, Paris, 1980
- Morvillers J. M. Labrot M. *L'impact de l'implication*, de Broeck-Estem, Paris, 2013
- Müller C. *Les institutions psychiatriques*, Spring-Verlag, Berlin, 1981
- Murat L. *La maison du Dr Blanche*, Ed. J. C. Lattès, Paris, 2001, 424 p.
- Murat L. *L'homme qui se prenait pour Napoléon*, Gallimard, Paris, 2011, 416
- Nadot M. *La professionnalisation du métier et des savoirs infirmiers*, Traverse, Revue d'Histoire, *les divisions du monde de la formation*, 2002/3, p. 55-65
- Nadot M. *Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline*, Perspective soignante, Paris, 13, 2002, pp. 29-86
- Nadot M. *Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle*, In *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 2008, p 27-51
- Nadot M. *Prendre soin dans le canton de Fribourg au XVIII^e siècle, Une pratique discursive face aux différentes misères existantes*, Revue d'information sur le handicap mental et la pédagogie spécialisée, N° 5 décembre 2010
- Nadot M. *Une identité fondée sur des mythes*, L'infirmière magazine, n° 290, 1^{er} déc. 2011, p. 26-27
- Nadot M. *Prendre soin au féminin*, Cahier du musée gruérien, Recherches, 2011, pp 137-144
- Nadot M. *Le mythe infirmier ou la pavé dans la mare !* L'Harmattan, Paris, 2012, 251 p.
- Nathan T. *Psychanalyse et son double*, La Pensée Sauvage, coll. « Bibliothèque d'ethnopsychiatrie » Paris, 1979
- Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, juin 1967
- Opsommer E. J. Dubois J. Bangerter G. Panchaud R. Martin D. Skuza K. *Therapeutic Body Wraps in Swiss public adult acute inpatient wards. A retrospective descriptive cohort study* Journal of psychiatric and mental health nursing, 2016. pp. 1 – 10

- Orgogzo I. *Postmodernisme et action dans un monde incertain*, *Thérapie Familiale*, 204/4 (vol 25), p. 433-451
- Ouchi W. *Théorie Z, Faire face au défi japonais*, InterEdition, Paris, 1982
- Oury J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, les éditions du champ social, Paris 2001
- Palard J. *Henri Desroche et ses réseaux québécois. Entre théorie de l'utopie et pratiques maïeuticiennes*, *Sociologie et sociétés*, vol. 37, n° 2, 2005, p. 21-47
- Panchaud R. Miazza M. et coll. *L'abécédaire PSY, regards soignants sur la psychiatrie*, ASI-SBK, Bern, 2003, 60 p.
- Panchaud R. *L'enveloppement humide*, *Santé Mentale*, n° 86, mars 2004, pp.46-49
- Panchaud R. Miazza M. *L'environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS), *Savoirs infirmiers*, 60-705-N-10, 2011
- Panchaud R. Miazza M. *L'enveloppement thérapeutique ou pack*, *Lettre de Psychiatrie Française*, n° 207, avril 2012, pp 7-9
- Papart J.P. Chastonay P. *Le raisonnement scientifique appliqué au domaine de la santé*, manuel d'épistémologie, Ed. Réalités sociales, Lausanne 2002, 127 p.
- Parsons T. *Éléments pour une sociologie de l'action*, Plon, Paris, 1955, 353 p.
- Pascal C. *Les enjeux d'une gouvernance clinique intégrée*, *Pratiques et Organisation des Soins* 2008 n°3, 39 (3), pp. 195-99
- Pascal C. *Du colloque singulier au colloque pluriel : le processus au service du mieux-faire ensemble*, In *Que faire l'hôpital ?* Amourous C. sous la dir. L'Harmattan, Paris, 2004, pp. 73-104
- Pascal C. Claveranne J. P *La gouvernance clinique ou la réconciliation du profane et du sacré*, *Santé mentale*, n° 153, déc. 2010, pp 62-67
- Pedroletti J. *La formation des infirmiers en psychiatrie*, bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé, Georg éditeur, Genève, 2004
- Pélicier Y. *Histoire de la psychiatrie*, PUF, Paris, 3^{ème} éd. 1982
- Perrot S. *Nature et conséquences des conflits de rôles*, Journée de recherche CEROG/AGRH, Aix en Provence, 2005
- Pettigrew A. *What a processual anaalysis ?* *scand. J. Mgmt*, 1997, Vol 13 N° 4, pp. 337-348
- Pettigrew A. *Context and action in the transformation of the firm*, *Journal of management studies*, 24 : 6, november 1987, pp. 649-670

- Pichault F. *Théorie de la contingence*, document PDF, <http://www.grh.hec.ulg.ac.be/cours/supports/COSE/contingence.pdf> consulté le 5.05.12
- Picq P. *Un paléanthropologue dans l'entreprise*, Eyrolles, Paris 2011, 255 p.
- Pinel P. *La normalisation de la psychiatrie française*, Regards sociologiques, N° 29, 2004, pp. 3-21
- Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition entièrement refondue et très augmentée (1809) Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, Paris, 2004
- Pink D. *La vérité sur ce qui nous motive*, Champs essais Flammarion, Paris, 2014, 254 p.
- Pomey M. P. Denis J.-L. Contandriopoulos A.P. *Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé*, Pratiques et Organisation des soins volume 39 n° 3, juillet-septembre 2008, pp 183-194
- Postel J. *Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle*, L'évolution psychiatrique, Tome XLIV – fascicule III juillet – septembre 1979, pp 585-616
- Postel J. Quétel C. sous la dir. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994
- Postel J. *Genèse de la psychiatrie, les premiers écrits*, Collection les empêcheur de penser en rond, Le seuil, Paris, 1998
- Postel J. *Elements pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, L'Harmattan, Paris, 2007
- Poupart F. Pirlot G. *Fonctions et dénis du cadre clinique*, Psychothérapies, vol. 36, 2016/2, pp. 75-85
- Power M. *La société de l'audit*, Ed. La Découverte, Paris, 2005
- Quétel C. *Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2009, 619 p.
- Quivy R. Campenhoudt L.V. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 3^{ème} éd. 2006, 256 p.
- Racamier P. C. *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 1970
- Raoult D. *Dépasser Darwin*, Plon éd. Paris, 2010, 165 p.
- Raub S. « *Ne laissez pas le leadership du KM en mains des informaticiens !* » Compétence 7-8/2011 pp 10-11
- Recherches, *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, N° 17 (double) mars 1975, 612 p.
- Regard S. *La santé des suisses*, Edition LEP, Le Mont sur Lausanne, 2012, 112 p.
- Repond A. *Hygiène mentale et hôpital psychiatrique*, H. Delarue éditeur, Paris 1927

- Robelet M. *Les dessous de la gouvernance clinique : l'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit*, Pratiques et Organisation des soins volume 39 n° 3, juillet-septembre 2008, pp 201-205
- Robelet M., Piovesan D., Claveranne JP., Jaubert G., *Secteur du handicap : les métamorphoses d'une gestion associative*, Entreprises et histoire, 2009/3 (n° 56) pp 85-97
- Rocher G. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, 1988
http://classiques.uqac.ca/contemporains/rocher_guy/Talcott_parsons_socio_amer/parsons_socio_amer.pdf. 183 p. Consulté le 10.08.2012
- Rojas Urrego A. *Le phénomène de la rencontre*, PUF, Paris, 1991, 124 p.
- Rojot J. Bergmann A. *Comportement et organisation, comportement organisationnel et théorie des organisations*, Vuibert Ed., Paris, 1992
- Rojot J. *Théorie des organisations*, éd. ESKA, Paris 2005, 541 p.
- Ronan Le Velly, *La notion d'encastrement : une sociologie des échanges marchands*, Sociologie du Travail, Elsevier Masson, 2002, 44 (1), pp 37-53
- Romelaer P, Kalika M. *Comment réussir sa thèse, la conduite du projet de doctorat*, 2^{ème} éd. Dunod, Paris, 2011, 222 p.
- Roussillon R. *Institutions et dispositifs-symbolisants* In Actes du congrès européen de EFEP, De Hann. Belgique. 1995
- Rouillon F. *Épidémiologie des troubles psychiatriques*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2009, Volume 166, p. 63-70
- Rouleau L. *Théories des organisations, approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*, Presses universitaires du Québec, Québec, 2007, 263 p.
- Rousseau G. A. *La langue du management*, Institutions, N° 49, mars 2012, pp 67-80
- Roussel P. Wacheux F. *Management des ressources humaines, méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, De Boeck & Larcier, 2005, 440 p.
- Roussillon R. *Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice*, In Kaes et al. *L'institution et les institutions, études psychanalytiques*, Dunod, Paris, 2012, pp. 157-178
- Ruchat M. *L'éducation à Serix, une histoire en mouvement*, Le Messager, 17 février 2012, p. 1
- Rycroft C. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Hachette, Paris, 1972
- Saliba-Chalhoud N. Schmitt C. *De l'emprise de l'inconscient dans les entreprises. Voyage en complexité interpersonnelle*, Projectique 2017/1, N°16
- Scharmer O. *Théorie U, diriger à partir du futur émergent*, Pearson Education France, Paris, 2012

Schumpeter J. *Théorie de l'évolution économique, recherche sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*, Traduction française 1935, document numérique : http://classiques.uqac.ca/classiques/Schumpeter_joseph/theorie_evolution/theorie_evolution.html consulté le 26.07.2012

Schmitt C. *Les situations de gestion : entre intentionnalité et problématisation*, Projectique, 2017/2, N° 17

Scott R. D *Traitement barrier*, Part 1 and 2, Br. J. Med. Psychol. N° 46 : 1973, pp 45-67

Shortell S. M. Kaluzny A. D. *Health care management, organisation design and behavior* 4th. Edition, Library of congress cataloging-in-publication data, NY, 2 000

Sibony D. *Entre-deux, l'origine en partage*, éd. du Seuil, Paris, 2003

Singh J. *Apports et limites des théories de l'évolution des organisations*, <http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/003/ltdeo.pdf> p. 6

Sivadon P. Dowiakowski M.-L. *Sécurité sans contrainte et contrainte sécurisante*, L'information psychiatrique, Février 1965, N° 2 pp 137-143

Steiner P. *Encastrement et sociologie économique*, In Huault I. sous la dir. *La construction sociale de l'entreprise : autour des travaux de Mark Granovetter*, éd. EMS, management et société, Paris, 2002, pp. 29-50

Soulé B. *Observation participante ou participation observante, usage et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*, Recherche qualitatives – Vol 27 (1), 2007, p 127-140

Söderstöm D. *Pour une psychothérapie en milieu hospitalier*, N° 4 Vol. 14, 1994, pp. 224-228

Stamm I. *The hospital as an holding environment*, Int. J. Ther. Commun, 185 ; 6

Stanton-Jean M. Callu MF, *Participation des patients et des citoyens dans la transformation des pratiques cliniques : enjeux et perspectives*, Pratiques et Organisation des soins volume 39 n° 3, juillet-septembre 2008, pp 243-247

Star S.L., Griesemer J. *Institutionnal ecology, 'Translations', and Boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie*, Social Studies of Science, 1989

Star S. L. *Ceci n'est pas un objet frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, 2010, vo. 4, N° 41, pp. 18-35

Stein, L. I. and M. A. Test. *Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation*. Arch. Gen. Psychiatry. 1980, 37 (4) : 392-39

Steiner P. *Encastrement et sociologie économique*, In *La construction sociale de l'entreprise : autour des travaux de Mark Granovetter*, sous la dir. de Huault I. éd. EMS, Colombelles, 2002, pp. 29-50

- Storper, Michael & Venables Anthony J. *Buzz : face-to-face Contact and the Urban Economy*, Journal of Economic Geography, vol 4, pp. 351-370, 2004
- Strauss A. *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris, 1992, 311 p.
- Suchman M. C. *Managing legitimacy: strategic and institutional approaches*, Academy of Management Review, vol 20, N° 3, jul. 1995, pp. 571-610
- Swain G. *Dialogue avec l'insensé*, Ed. Gallimard, Paris, 1994, 281 p.
- Swarthe de T. *Interstices entre sciences de gestion, sciences de l'ingénieur et psychanalyse, une utopie ?* Revue Internationale de Psychosociologie, N° 43, Vol. XVII, 2011, pp 335-345
- Szumckler G. Holloway F. In-patient treatment. In Thornicroft G. Szumckler G. editor. Textbook of community Psychiatry. Oxford : Oxford university Press, 2001, p. 321-37
- Thietart R-A et coll. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris 2007, 3^{ème} éd. 586 p.
- Talbot D. *L'approche par la proximité: quelques hypothèses et éléments de définitions*, communication à la XVIIIe conférence de l'AIMS, Grenoble juin 2009, <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/3-xviiieme-conference-de-l-aims/communications/200-lapproche-par-la-proximite-quelques-hypotheses-et-elements-de-definitions/download>
- Thomas Catherine, *Organisation matricielle et coordination transversale : le budget demeure l'outil privilégié*, Comptabilité – contrôle - Audit, 2003/3 Tomme 9, pp. 169-187
- Tissier D. *Management situationnel, Vers l'autonomie et la responsabilisation*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 2001, 150 p.
- Trompette P. Vinck D. *Retour sur la notion d'objet-frontière*, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol 4, N° 1, 2010, pp 11-15
- Valente P. *Histoire de la formation d'un espace politique : l'asile*, In *Le besoin d'asile, des lieux pour la psychose*, Doins éditeurs Rueil-Malmaison, 2011, pp37-57
- Vinck D. *De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement*, Revue d'anthropologie des connaissances 2009/1, Vol. 3, n° 1, p. 51-72
- Vinot D. *Leadership clinique face aux changements de pratiques : des paradoxes en perspectives*, Pratiques et Organisation des soins volume 39 n° 3, juillet-septembre 2008, pp 217-226
- Vinot F. *L'improvisation entre franchissement et affranchissement : d'un enseignement du jazz pour la pratique analytique*, Insistance, 2011, N° 6, pp. 159-172
- Von Bueltinger I. *L'hécatombe des fous, La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Ed. Gallimard, Paris, 2007

- Voynnet Fourboul C. *La spiritualité des dirigeants en situation de passage de leadership*, Management & avenir, 2011/8 (n°48)
- Walch I. *Découvrir de nouvelles théories, une approche mixte et enracinée dans les données*, EMS éditions, 2015, 126 p.
- Walter F. *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, Pour une histoire des soins infirmiers au 19^{ème} siècle*, Editions Zoé, Genève 1992, 215 p.
- Weber M. *L'éthique protestante et l'esprit capitaliste*, (1904-1905) Gallimard, collection TEL, Paris, 2003, 531 p.
- Weick K. *Le sens de l'action, Sociopsychologie de l'organisation*, Librairie Vuibert, Paris, 2003, 175 p.
- Weiner Dora B. *Philippe Pinel et l'abolition des chaînes : un document retrouvé*, L'Information psychiatrique, vol. 56 – n° 2 – février 1980, pp 245-253
- Winnicott D. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, (1951-53) In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, pp.109-125
- Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, 369 p.
- Winnicott D. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, In *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris, 1971, pp. 7-39
- Winnicott D. *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, Paris, 1983, 264 p.
- Winnicott D. *Conversations ordinaires*, Gallimard, Paris, 1988, 308 p.
- Zannad Hédia, *L'individu et l'organisation projet*, Revue Française de gestion, 2009/6, N° 196, pp. 49-66
- Zimmermann G. de Roten Y. Despland J. N. *Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie*, Archive suisse de neurologie et psychiatrie, N° 159, 3/2008, pp. 119-126
- Zobrist J.-F. *La belle histoire de FAVI*, Humanisme et organisation éd. 2^{ème} éd. Paris, 2013, 208 p.

Documents : Thèses, mémoires, documents

Aubin C. *Décider à l'hôpital, du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque*, thèse de doctorat, Université Jean Moulin, Lyon 3, 19 sept. 2013

Bovet Emilie, *L'organo-dynamisme d'Henri Ey comme témoin des controverses sur la conception du psychisme dans la psychiatrie française d'après guerre*, Université de Lausanne, faculté des sciences sociales et politiques, institut de sociologie des communications de masse, session d'octobre 2006

Chenut C., Lassalle M., Panchaud R. *Formalisation, non formalisation, un équilibre pour la performance*, mémoire pour le diplôme de master 1, Management des services de santé, Lyon 3, 2007

Cinter F. Allin A.C. Panchaud R. *Interventions infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail de milieu*, rapport final de recherche, mars 2009

Colombier J. Doublet F. *Observations faites dans le département des hôpitaux civils : instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*, Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, 64, pp. 529-583, 1785

Frieze D. Wheatley M., *From hero to host, a story of citizenship in Columbus, Ohio*, The Berkana institute, Article adapté du chapitre de Walk out walk on The journey into communities daring to live the future now. M. Wheatley and D. Frieze. Berrett-Koehler Publishers : San Francisco. April 2011

Godelier E. *L'histoire d'entreprise et les sciences de gestion : objets de controverses ou objets de polémiques ?* Thèse, Université Versailles-Saint-Quentin, Habilitations à Diriger des Recherches en Sciences de gestion, 25 Mai 1998, 95 p. <http://crg.polytechnique.fr/home/godelier/FR> consulté le 10.02.2013

Hardy-Baylé M. C. Rapport : *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*, sept. 2015, centre de preuve en Psychiatrie et en santé mentale.

Miéville C. *Avenir du secteur psychiatrique de l'Est Vaudois*, 18 mai 1984, document interne

Mornet Chantal, *Contribution à l'élaboration d'une méthode de mesure de la satisfaction du patient dans un centre hospitalier*, Thèse de doctorat, université Jean Moulin, Lyon 3, 1979

Nautré Benoît, *Nouvelle gouvernance, contrat & projet stratégique à l'hôpital, le cas de la clinique des Augustines*, thèse de doctorat, université de Nantes, 13 novembre 2007

Oehninger C. *Une aventure, l'appel*, document interne, Fondation de Nant, juin 1967

Panchaud R. *Pratique infirmière à Nant*, Mémoire de fin d'étude de spécialiste clinique École supérieure d'enseignement infirmier ESEI, Lausanne, 1993

Panchaud R. *Le soin psychique*, in *Documents d'évaluation des infirmières (ers) et ICUS adjoint*, document interne, avril 2005, 9 p.

La psychiatrie publique vaudoises : situation actuelle et évolutions possibles, document du service de la santé publique et de la planification sanitaire, 1983, 123 p.

Vulser Hélène, *La psychiatrie de liaison : définition, historique, objectifs, organisation et principes de fonctionnement*. Mini Mémoire DES Psychiatrie, Rennes 2009

Waldemar D. *Le nœud gordien*, Revue des Etudes Grecques, tome 31, fascicule 141, janvier-mars 1918, pp. 39-82

Weiner D. B. *Philippe Pinel (1745-1826) clerc tonsuré*, annales médico psychologiques, 1991, pp.169-173

Weiner D. B. *Philippe Pinel et l'abolition des chaines : un document retrouvé*, L'Information Psychiatrique, 56, 2, 1980, pp 145-253

Sites internet

Agence nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

<http://www.anq.ch/fr/fehler/> consulté le 24.05.2013

Ayme J. *Essai sur l'Histoire de la Psychothérapie Institutionnelle pdf 33 p.*, http://www.euro-psy.org/site/La_Borde_files : consulté le 29.12.2011

Code civil suisse

<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201407010000/210.pdf>,
consulté le 7.12.2014

Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine,
<http://www.ccecqa.asso.fr/> consulté le 24.05.2013

Draelants H. Maroy C. *Changement institutionnel et politique publique*, Revue de la littérature (partie 2) juin 2007, KNOW & POL, knowledge and Policy in education and health sector, 33 p.,
http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf

Fabien Verdier, *Rapport d'études, Regards français sur la Silicon Valley*, janvier 2006, SMM06_006
http://www.bulletins-electroniques.com/rapports/smm06_006.htm 12.09.2010

Familistère de Guise

<http://www.familistere.com/> consulté le 7.06.2013

Fondation

<http://www.swissfoundations.ch/fr/faits-chiffres>, consulté le 9.11.2012

Gibert Rachel *L'utopie de Thomas More*

<https://sites.google.com/site/rachelgibert/utopies/l-utopie-more> Consulté le 8.06.2013

Haut Conseil de la santé publique, *Réseaux de santé et filières de soins*, ADSP Actualité et dossier en santé publique N° 24 sept. 1998, p.14

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> Consulté le 10.01.2012

Hédoin C. *Institutionnalisme en économie*, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article127>

Hénokiens :

<http://www.henokiens.com/content.php?id=5&lg=fr> consulté le 17.07.2015

Histoire

http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/veyne_paul/comment_ecrit_histoire/comment_ecrit_histoire_texte.html, consulté le 17 janvier 2015

Les hôpitaux suisses

<http://www.hplus.ch/fr/> consulté le 24.05.2013

Institutionnalisme en économie :

<http://www.dicopo.fr/spip.php?article127>

lundi 28 mars 2011, par Cyril Hédoin, consulté le 27 février 2016

Institutionnalisme : Changement institutionnel et politique publique

http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.drealants_maroy.2.fr.pdf

Draelants H et C. Maroy, Revue de la littérature juin 2007, consulté le 26 février 2016

Let patients help

deBlamkart *Let patients help*, avril 2013, Create Independant Publish Plattform, wwwcreatespace.com consulté le 1.04.2016

Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/328_Texte_CE.pdf

consulté le 9.11.2012

Loi sur les réseaux/Canton de Vaud

http://www.arcosvd.ch/files/arcos_loi_reseaux_30.01.2007.pdf consulté le 10.01.2012

LOI sur les Hospices cantonaux (LHC) du 16 novembre 1993

<http://www.lexfind.ch/dtah/15076/3/print-810.11.pdf> Consulté le 16.01.2012

More Thomas

<http://icp.ge.ch/po/cliotexte/xve-et-xvie-siecle-rennaissance-humanisme-et-reforme/more.utopie.html> consulté le 1.06.2013

Nouvelles orientations de politique sanitaire NOPS/Canton de vaud

http://www.ssp.vd.ch/Annuaire/Contenu_html/index.html consulté le 10.01.2012

OMS, Rapport sur la santé dans le monde, <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html> Consulté le 4.01.2012

Office fédéral de la statistique

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=523>

consulté le 4.01.2012

Qualité

<http://www.quathedach.ch/f/>

Table des illustrations

Table des tableaux

Tableau 1 - Positions épistémologiques des paradigmes positiviste, interprétativiste et constructiviste [d'après V. Perret et M. Séville].....	35
Tableau 2 : Comparatifs des aliénés internés ou traités à domicile	149
Tableau 3 : Evolution du nombre d'internés	150
Tableau 4 : les processus de la construction du sens	328
Tableau 5 : Caractéristiques comparées des entreprises familiales pérennes et des entreprises à valeur boursière	337
Tableau 6. Les espaces formels d'échange	388
Tableau 7 : les définitions de l'informel.....	396

Table des figures

Figure 1 : Construction de l'objet de recherche dans une approche constructiviste.....	28
Figure 2 : Naissance du projet et premières réalisations, de 1940 à 1961	69
Figure 3 : Localisation des sites de la Fondation jusqu'en 1968.....	78
Figure 4 : Repères de 1961 à 1968	78
Figure 6 : Carte des secteurs psychiatriques vaudois	80
Figure 7 : Repères de 1973 à 1985	105
Figure 8 : Repères de 1995 à 2005	129
Figure 9 : Repères de 2005 à 2009	135
Figure 10 : Malades hospitalisés aux USA de 1905 à 1975	171
Figure 11 : Brève histoire des réseaux.....	193
Figure 12 : Carte des secteurs psychiatriques vaudois.....	247
Figure 13 : Organigramme de la Fondation de Nant, 2011	251
Figure 14 : répartition des sites de la Fondation dans le secteur psychiatrique	266
Figure 15 : le quadrilatère des champs d'influence	273
Figure 16 : la place de l'interstitiel au sein du continuum.....	405
Figure 17 : le taijitu.....	406

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre liminaire : de l'objet à la méthode.....	11
1. De la clinique psychiatrique à la gestion	12
1.1. <i>La clinique psychiatrique.....</i>	12
1.2. <i>Clinique et gestion, deux champs à ne pas confondre.....</i>	20
2. Posture épistémologique et choix méthodologiques	25
2.1. <i>Une recherche issue d'un long cheminement</i>	25
2.2. <i>Une méthode en lien avec son objet.....</i>	29
2.3. <i>Une méthode abductive</i>	32
2.4. <i>Une participation observante.....</i>	37
3. Le matériau.....	41
3.1. <i>La construction historique.....</i>	41
3.2. <i>Les entretiens.....</i>	44
3.2.1. Les entretiens liés à la construction historique.....	44
3.2.2. Les entretiens liés à la construction de l'actualité.....	48
3.3. <i>Les documents</i>	51
1^{ère} partie De l'histoire de Nant à l'histoire de la psychiatrie, un jeu de miroirs.....	54
1. De la charité au modèle de soins, l'histoire singulière de Nant.....	57
1.1. <i>Du projet rêvé au rêve projeté.....</i>	60
1.1.1. Les balbutiements, de 1943 à 1961.....	60
1.1.2. Le Genévrier.....	63
1.1.3. L'Étoile du Matin et le Genévrier	65
1.2. <i>Les premières mutations : la constitution de la Fondation et la professionnalisation, de 1961 à 1968</i>	69
1.2.1. Vers une consolidation statutaire et professionnelle	69
1.2.2. Développement et choix stratégiques	74
1.3. <i>La maturation du projet.....</i>	78
1.3.1. La reconnaissance : de la clinique de Nant (hôpital conventionné) à l'hôpital de secteur, de 1968 à 1973	79
1.3.1.1. Les enjeux du conventionnement	79
1.3.1.2. Vers une stabilisation des instances.....	82

Table des matières

1.3.1.3.	L'avenir de Nant dans le secteur.....	83
1.3.1.4.	Le difficile recrutement d'un médecin chef.....	85
1.3.1.5.	L'adaptation des capacités au nouveau projet.....	87
1.3.2.	L'institutionnalisation : de l'hôpital au secteur, de 1973 à 1985	88
1.3.2.1.	L'affirmation d'une politique de soins et la diversification de l'offre	89
1.3.2.2.	Les premiers pas du management.....	94
1.3.2.3.	Un développement continu.....	96
1.3.2.4.	Vers une seule institution privée pour le secteur	101
1.3.3.	Consolidation du secteur de 1985 à 1995.....	105
1.3.3.1.	L'évolution de l'offre de soins dans les premières années sectorielles	105
1.3.3.2.	Évolution de l'organisation interne.....	109
1.3.3.3.	Consolidation du secteur.....	111
1.3.3.4.	Tensions interne et 50 ^{ème} anniversaire.....	114
1.3.3.5.	Crise économique et politique	116
1.4.	<i>L'irruption de la gestion</i>	119
1.4.1.	La formalisation du projet, de 1995 à 2005	119
1.4.1.1.	Une relative bonne santé financière en appui au développement de l'offre de soins	119
1.4.1.2.	Du projet Aleph au projet stratégique et à la démarche qualité	123
1.4.1.3.	Les évolutions du fonctionnement interne.....	125
1.4.2.	La consolidation : histoire contemporaine de 2005 à 2010	129
1.4.2.1.	La construction difficile d'un nouveau modus vivendi organisationnel	130
1.4.2.2.	Le développement d'une implantation régionale et de collaborations hospitalières	132
2.	Éléments historiques de la psychiatrie : du dedans au parcours de soins	135
2.1.	<i>Quand le lieu est la règle : l'asile et le tout dedans</i>	136
2.1.1.	La naissance de la psychiatrie, l'asile ou « le tout dedans ».....	136
2.1.2.	Autorité, pouvoir, ordre et gestion : lien avec l'environnement et les autorités.....	151
2.1.3.	Pas d'alternative au piège de l'asile.....	157
2.2.	<i>La psychiatrie exfiltrée : le dedans dehors, ou le développement des traitements ambulatoires</i> 161	
2.2.1.	L'impact de la première guerre mondiale, le début de la psychanalyse et le développement des consultations	162
2.2.2.	L'impact de la seconde guerre mondiale et le développement de la psychothérapie institutionnelle 166	

Table des matières

2.2.3.	Les Centres de traitement et de réadaptation sociale	172
2.2.4.	L'hôpital de jour	175
2.3.	<i>Quand l'espace est la règle : l'émergence d'un parcours, ou la psychiatrie trajectorisée.....</i>	178
2.4.	<i>La psychiatrie infiltrée</i>	187
2.5.	<i>La psychiatrie pratiquée en Suisse : entre unité fédérale et spécificités cantonales – l'exemple du canton de Vaud</i>	197
3.	Les échos de l'histoire : convergences et divergences.....	204
3.1.	<i>Les postulats communs</i>	206
3.1.1.	L'alter ego.....	206
3.1.2.	La nécessité d'un espace dédié	207
3.1.3.	La rencontre et le travail relationnel	212
3.1.4.	La structure comme nécessité.....	214
3.2.	<i>Les points de divergence.....</i>	218
3.2.1.	La question de l'autorité	218
3.2.2.	La problématique du faire-ensemble.....	222
3.2.3.	La formation interrogée.....	229
3.2.4.	Les valeurs revisitées	230
	Conclusion de la première partie.....	236
	2^{ème} partie de la structure à la physiologie	238
1.	Lecture anamorphosique de la réalité de Nant.....	243
1.1.	<i>Nant dans ses structures.....</i>	243
1.1.1.	Un statut juridique privé d'intérêt public.....	243
1.1.2.	Un mandat de santé publique.....	245
1.1.3.	Une gouvernance intégrée	248
1.2.	<i>Nant dans ses fonctionnalités et son quotidien</i>	255
1.2.1.	L'entretien de la flamme : les points de rencontres	255
1.2.2.	Contractualisation, participativité et gestion par projets.....	257
1.2.3.	Le triptyque « psychanalyse – humanisme – formation »	258
1.2.3.1.	La psychanalyse, une référence commune	258
1.2.3.2.	L'humanisme au cœur du projet de soin	259
1.2.3.3.	La formation toujours en devenir	261
1.2.4.	La qualité au service du faire-ensemble.....	262

1.3.	<i>Nant face aux turbulences de l'environnement</i>	264
1.3.1.	Une inscription régionale formellement forte	264
1.3.2.	Des interrogations sur le statut privé.....	267
1.3.3.	Le modèle psychanalytique suspecté.....	270
1.4.	<i>La conjonction des contraires : le quadrilatère des champs d'influence</i>	272
1.4.1.	Champ d'influence interne 1 : de la référence à la secte	274
1.4.2.	Champ d'influence interne 2 : de la cohésion au conflit et dépérissement	275
1.4.3.	Champ d'influence externe 3 : des psycho dynamiciens alliés aux déconnectés	277
1.4.4.	Champ d'influence externe 4 : des barbares à la mort d'âme	280
2.	Les déterminants de la pérennité dans la littérature : Nant face à son avenir	283
2.1.	<i>Les déterminants externes</i>	283
2.1.1.	L'écologie des populations.....	284
2.1.2.	L'institutionnalisme	287
2.1.3.	L'isomorphisme.....	295
2.1.4.	La contingence	304
2.2.	<i>Les déterminants internes</i>	307
2.2.1.	Le caractère paradoxal de la pérennité	310
2.2.2.	L'articulation entre tradition et innovation	314
2.2.3.	La conjugaison du sens et des espaces.....	321
2.2.4.	Anticipation et passage de témoins.....	328
2.2.5.	Le lien, source de performance et donc de pérennité.....	336
3.	Au centre du nœud gordien : l'homologie.....	341
3.1.	<i>La philosophie des soins en guise d'étendard</i>	343
3.1.1.	Les valeurs au service de la philosophie de soins	343
3.1.1.1.	La relation, élément fondamental de la philosophie de soins	346
3.1.1.2.	Le respect.....	347
3.1.1.3.	La posture	349
3.1.1.4.	Priorité à l'humain.....	353
3.1.1.5.	La force de la faiblesse : la collaboration comme passage obligé.....	357
3.1.2.	Le rôle central de la relation	360
3.1.2.1.	Dans les approches médicales	360
3.1.2.2.	Dans les approches managériales	363

Table des matières

3.1.2.3.	Dans l'enracinement avec l'histoire	365
3.2.	<i>Quand clinique et gestion se rejoignent</i>	368
3.2.1.	Les constituants de l'homologie	371
3.2.1.1.	La logique clinique comme principe organisateur	371
3.2.1.2.	Les principes du travail relationnel en psychiatrie psychodynamique à Nant.....	373
3.2.1.3.	Le projet clinique : un contrat formalisé	376
3.2.1.4.	Les activités du quotidien au cœur de l'homologie	379
3.2.2.	Le faire-ensemble particulier de Nant	382
3.2.2.1.	L'aboutissement d'une construction historique	382
3.2.2.2.	Le projet collectif des fondateurs	383
3.2.2.3.	La structuration clinico-administrative	384
3.2.2.4.	La formalisation du faire-ensemble entre clinique et gestion.....	386
3.3.	<i>L'interstice, catalyseur de l'homologie</i>	392
3.3.1.	L'interstitiel.....	392
3.3.2.	De l'informel à l'interstitiel.....	394
3.3.3.	Le marginal sécant, agent interstitiel	416
	Conclusion de la seconde partie	421
	Conclusion : L'ombre des prédateurs	426
	L'abandon de la philosophie des soins	431
	La fin de l'homologie	433
	La prédation financière	434
	Un retour vers l'homme ?.....	436
	Bibliographie	438
	Ouvrages et articles.....	439
	Documents : Thèses, mémoires, documents.....	461
	Sites internet.....	463
	Table des illustrations	466
	Table des tableaux	467
	Table des figures	467
	Table des matières	468