

Les dispositifs d'élaboration clinique, une pratique institutionnelle

Vincent DI ROCCO

Classiquement, la clinique de l'institution et des groupes institués repose sur une logique qui possède un ensemble de caractéristiques générales. Cette clinique est souvent liée à une demande formulée par une équipe ou les représentants d'une institution. Cette demande est adressée à un organisme ou un psychologue situé hors de l'institution demandeuse. L'intervenant n'est donc ni l'initiateur de la demande, ni l'organisateur de l'équipe, il intervient dans un ensemble déjà constitué possédant une logique propre. Mais, le psychologue faisant partie de ces groupes institués est lui aussi invité à intervenir dans cette clinique institutionnelle et doit développer une écoute, une sensibilité à la dynamique institutionnelle nécessaire. Les réunions d'équipe sont le lieu privilégié d'expression de cette dynamique institutionnelle, et le psychologue peut avoir une position intermédiaire, à la fois membre de l'institution et porteur d'un regard sur cette dynamique, d'un questionnement sur cette dynamique. Les espaces interstitiels (ROUSSILLON R., 1987), les temps informels, peuvent offrir aussi un espace de reprise des tensions institutionnelle dans une logique de re-transitionalisation, à condition que les interventions se fassent avec le tact nécessaire, c'est-à-dire sans interprétation pure et simple, vécue comme persécutoire, ni neutralité froide vécue comme un mouvement de rejet.

En s'engageant un peu plus, le psychologue de l'institution peut contribuer à l'ouverture d'espaces internes qui contribuent à maintenir vivante la dynamique fantasmatique de l'institution. Il s'agit d'espaces « aux marges de l'institution » qui permettent de redonner du « jeu » au sens mécanique du terme. Il s'agit de dispositifs d'élaboration cliniques « bricolés » à partir de l'expérience des groupes dits « d'analyse de la pratique ».

Ces « bricolages » ont donc une particularité importante : il n'y a pas d'intervention extérieure à l'établissement, l'animation ou la co-animation de ces groupes se fait par un ou plusieurs membres du personnel de l'institution. Le bricolage, par essence, se fait avec les moyens du bord. C'est ce que repère Claude LÉVI-STRAUSS (1962) dans « La pensée sauvage ». Il distingue la « science » de l'ingénieur de la « science » du bricoleur ». Pour lui, l'ingénieur construit un projet cohérent, conçoit des outils et utilise des matières premières sélectionnées. Alors que le bricoleur, lui, s'arrange avec les « moyens du bord », c'est à dire avec des outils et des matériaux hétéroclites recueillis ou conservés en vertu du principe que « ça peut

toujours servir ». Il s'approprie des outils et des matériaux en en modifiant l'usage initial, en fonction des nécessités auxquels il est confronté. Il s'approprie, s'accommode, des outils et des matériaux qu'il modifie, détourne de leur usage initial, en fonction des nécessités auxquelles il est confronté. De plus, il y a une poésie du bricolage... Le bricolage ne se borne pas à exécuter, « il raconte », dit LÉVI STRAUSS. Le bricoleur met toujours quelque chose de lui dans son ouvrage. C'est ce qui lui donne toute son humanité et soutient une appropriation subjective.

Cette pratique a donc pour trait singulier de mettre en scène des personnes exerçant au sein de la même structure, de la même équipe. Dans les dispositifs auxquels je me réfère, c'est le psychologue de l'unité de soin qui anime un groupe composé d'infirmiers réunis pour échanger sur leurs pratiques. Cette position heurte la référence psychanalytique qui sert d'axe de théorisation de ces pratiques. Il n'y a pas d'extériorité de l'animateur du groupe, pas de neutralité a priori, pas de position tierce légitimée par un ailleurs perçu par tous, la confidentialité des échanges peut devenir un paradoxe étrange... Cette approche en négatif semble exclure les préconditions soutenant la mise en place d'un dispositif permettant le déploiement et l'analyse d'un processus d'élaboration. Pourtant, l'expérience nous incite à soutenir l'hypothèse qu'un réel travail psychique se déroule dans ces groupes et que la psychanalyse est une référence essentielle pour en soutenir la dynamique. La simple transposition directe d'un cadre psychanalytique classique paraît impossible et n'aurait pas de sens dans un groupe réel, un groupe qui n'est pas constitué par le dispositif. Le fait d'appartenir à la même institution implique de participer aux mêmes mécanismes de défense, aux mêmes alliances inconscientes (KAËS R., 1992). L'absence d'extériorité du psychologue conduit à renoncer à tout travail direct sur l'institution, sur la dimension institutionnelle du soin, il s'agit de « faire avec » l'institutionnel. La demande directe, dont fait l'objet le psychologue de la part du personnel soignant, le situe d'emblée différemment de la demande plus anonyme d'un collectif soignant reprise par des responsables institutionnels. Il est possible de considérer, avec Catherine HENRI-MENASSÉ (2009), que la demande institutionnelle classique d'intervention pour animer un groupe d'analyse de la pratique comporte une part « d'ombre » où se loge une recherche de renforcement des pactes dénégatifs institutionnels malmenés et menacés de dévoilement.

Ces différents groupes d'élaboration auxquels je fais référence se déroulent dans des services de psychiatrie pour adultes, mais il est possible d'en dessiner un fonctionnement général. Ces groupes réunissent, selon les dispositifs, huit à quinze infirmiers durant au moins une heure et demie, la fréquence des rencontres est généralement mensuelle. Il est demandé aux infirmiers de s'engager à participer sur une période d'un an. Afin d'éviter des conflits de rôles, il n'y a pas de hiérarchie représentée dans le groupe. Chaque réunion du groupe est consacrée à l'étude d'un seul cas, d'une seule situation relationnelle « concrète », pas de notes, pas de détermination des thèmes à l'avance. La spontanéité est porteuse d'un discours latent, d'une subjectivité facilement accessible. À la fin de chaque année, un point est fait sur le fonctionnement et la question de s'engager pour une nouvelle période d'un an avec le psychologue de l'équipe est posée. Il n'y a pas de tacite reconduction du groupe, pour que le groupe reste vivant, que son existence soit remise clairement en question. Pour que le groupe se prolonge, il faut le renégocier. Quelques règles sont énoncées au début du cycle. Pas de jugement de valeur sur ce qui a été dit ou fait par les membres du groupe, la parole doit être libre. Les propos sont confidentiels, les idées doivent suivre leur chemin, mais les paroles prononcées dans le groupe appartiennent au groupe et restent dans le groupe. La troisième règle est spécifique à ce type de groupe : pas de travail sur les relations avec les patients suivis directement par le psychologue qui anime le groupe. Les deux premières règles visent évidemment à soutenir une association libre protégée par le secret des échanges. La troisième règle possède une double fonction, d'une part, permettre au psychologue une plus grande liberté d'écoute en lui évitant d'être confronté à des situations cliniques dans lequel il est lui-même impliqué, et d'autre part, elle marque une des limites de l'animation « interne » de ces groupes et fait écho à la possibilité de faire appel à un psychologue plus « extérieur » à l'équipe rappelée lors des points annuels.

Dans ces groupes, où les participants sont confrontés à l'expression de profonds troubles de la vie psychique, parler de son vécu, de son éprouvé, de ses réactions, les lier, les intégrer à une pratique, les partager avec ses collègues, est loin d'aller de soi. La narration est un processus fondamental dans l'élaboration groupale, comme le souligne Jacques HOCHMANN (1996), il s'apparente à une activité de « rêverie maternelle » théorisée par W.R. BION (1962). La mise en récit adressée à un tiers, associée à un plaisir de fonctionnement, permet de lier les éprouvés et de produire un travail représentatif réappropriable par les patients. Mais le point de départ de ces groupes d'élaboration est souvent un peu en deçà de cette capacité narrative, les mots ne sont pas faciles à trouver, le plaisir est absent. Nous nous situons plutôt dans des logiques de survie psychique. Les patients hospitalisés sont souvent aux prises avec des états de crise, des phases d'acuités symptomatiques, exprimant des vécus « agonistiques », des angoisses « disséquantes », pour reprendre les termes de D.W. WINNICOTT (1971). Nous sommes alors dans les

registres de l'impensable et de l'insensé qui mettent à mal les processus de pensée. D'où une position particulière du psychologue dans ce type de groupe. Il doit pouvoir accepter le déplacement dans le groupe, le transfert dans le groupe, du désarroi que rencontre le personnel soignant dans ses contacts avec des patients souffrant de psychose, désarroi peu propice à une verbalisation aisée. Il doit alors surtout faire preuve de sa présence attentive, amorcer cette « capacité de rêverie » en mettant lui-même en récit ce qu'il entend et ce qu'il éprouve, reconnaître son propre désarroi. Dans ce type de groupe, le silence neutre et bienveillant est le fruit de la lente construction d'une rencontre et non une donne de départ.

Autrement dit, il faut être attentif à des mécanismes comme le partage d'affects, l'ajustement, l'accordage et les jeux de miroir. Ces termes renvoient au vocabulaire de l'observation des interactions précoces qui lient le nourrisson à sa mère, mais ils sont importants pour définir une « micro » clinique de ce type de groupe. Les soignants, qui interviennent dans le quotidien institutionnel, sont alors, souvent, considérés comme faisant partie d'un environnement avant que ne puissent s'engager des relations plus individualisées. Il s'agit, dans un premier temps, d'une clinique de la rencontre où le soignant doit se mettre dans une position favorable pour pouvoir être investi par le patient, et pour pouvoir l'investir. En d'autres termes, il s'agit de veiller à remettre en route un fonctionnement intersubjectif, une communication au sens premier du terme, une mise en commun. Il est d'ailleurs possible, dans ces groupes, de suivre, pas à pas, l'émergence de ces relations individualisées à partir des premiers vécus massifs d'impuissance, de haine ou de désespérance...

La demande des équipes est « prématurée, mince et tenace », ces termes qualifient aussi le transfert psychotique selon W.R. BION (1956). La demande est tenace, il est difficile de s'y soustraire et l'enjeu organisateur est de taille ; il s'agit de survivre psychiquement. La demande est pourtant mince, il s'agit plus d'un appel. La narrativité achoppe pour décrire des vécus difficilement subjectivables comme pour clarifier les origines de la demande. La demande est prématurée, peu élaborée collectivement elle court-circuite les instances institutionnelles, le débat d'équipe. Nous sommes d'emblée dans une logique de « transfert du transfert » concernant un transfert psychotique. Ce que les infirmiers vivent avec les patients est immédiatement répercuté sur le dispositif d'analyse de la pratique au moment même de la demande. Ce transfert porte autant sur le cadre que sur l'animateur du groupe.

Cette demande exprime aussi un « narcissisme professionnel » fragile, une insécurité dans l'identité professionnelle. Il est possible de faire l'hypothèse que ces demandes reposent sur le sentiment, partagé entre les soignants, qu'il existe un défaut, un « défaut fondamental » dans la terminologie de M. BALINT (1968). Il s'agit d'un défaut qu'il faut à la fois réparer et cacher. Ce défaut trouve sa source dans le sentiment d'un manque d'ajustement, d'un écart trop grand, entre les besoins du patient et les

réponses de l'environnement soignant. Cette dynamique est en résonance avec le « défaut fondamental » théorisé par M. BALINT qui serait le fruit de l'inadéquation entre les besoins de l'enfant et les réponses de son environnement primaire. M. BALINT précise que tout écart de compréhension entre le thérapeute et son patient exacerbe ce « défaut fondamental » et provoque des mouvements de rage, le thérapeute doit pouvoir être « ordinaire et discret » aux yeux de son patient afin de permettre une compréhension mutuelle source de satisfaction « tranquille et paisible ».

Le psychologue sollicité ne devra donc pas faire défaut et devra s'ajuster, ne pas être trop loin. Ce psychologue proviendra de l'environnement proche, il devra apparaître comme « ordinaire et discret », afin de ne pas incarner l'écart qui exacerbe le « défaut fondamental ». C'est cette logique qui pousse la demande de l'équipe vers le psychologue de l'équipe côtoyé dans le quotidien de la vie institutionnelle. Pour pouvoir exister, le groupe d'élaboration clinique devra lui aussi être en quelque sorte « banal », porteur de peu d'écart avec la vie institutionnelle. Le psychologue de l'équipe est un semblable marqué par un jeu de différences, un alter ego, un « autre soi ». Son rôle est avant tout de réfléchir ce qui est en souffrance d'intégration dans le travail psychique de l'équipe en acceptant d'être un semblable et en permettant que se construisent progressivement les différenciations permettant l'accès à un tiers.

Le psychologue est donc pris dans un réseau serré d'alliances inconscientes, quelle liberté de pensée lui reste-t-il ? Le premier effet de cette implication dans la vie institutionnelle est une mise en abyme de la pensée, la situation du patient relatée dans le groupe renvoie au fonctionnement du groupe qui renvoie à son tour au fonctionnement de l'institution, qui se modèle en retour en écho aux patients qu'elle accueille... C'est sans doute à cet endroit que, paradoxalement, la référence psychanalytique prend toute sa place. Le cadre interne du psychologue, sa formation psychanalytique, sont sollicités, car la mise en abyme vient bloquer tout mouvement d'élaboration du jeu transféro-contre-transférentiel. Seule la nomination de l'enjeu institutionnel permet de débloquent la pensée, de libérer une écoute groupale et individuelle. Je dis bien nomination, il ne s'agit pas d'interpréter un plan institutionnel, mais de faire part de ce qui bloque sa propre réflexion. Ce type d'intervention s'inscrit dans une dimension réflexive, une attention portée à sa propre écoute, une écoute de son écoute, et ne vise pas une illusoire position globalisante où un même dispositif prétendrait traiter de tous les registres impliqués dans le soin.

Le dispositif que je viens de présenter comporte une dimension que l'on pourrait qualifier de « syncrétique » (BLEGER J., 1967). La demande est peu différenciée, souvent ténue, l'intervenant est lui-même peu différencié, il fait partie de l'équipe, du groupe élargi. Le syncrétisme n'est pas la confusion, mais un premier mode de relation, une relation par dépôt, par agglomérat. Là encore, on peut retrouver le déplacement d'une dimension de la clinique

des soignants en institution psychiatrique. Ces soignants se retrouvent confrontés en permanence à des patients vivant des souffrances psychiques qui n'occasionnent pas facilement des demandes directes, voire qu'il faut aborder sans leur consentement direct, dont le premier mouvement psychique est de déposer, décharger, leur lourd fardeau psychique. Ces groupes d'élaboration « internes » représentent un premier degré dans un processus de réflexion et d'élaboration. Ces groupes, au fonctionnement nécessairement limité, engendrent un mouvement qui permet d'autres investissements. Ces groupes sont à entendre comme une étape dans un processus de différenciation et de complexification.

Ces groupes, « internes » ou « syncrétiques », d'élaboration clinique correspondent à un temps particulier dans la vie d'une équipe et de l'institution à laquelle elle est liée, une phase d'élaboration qui s'inscrit dans un registre narcissique, une étape aussi pour le psychologue sollicité qui sera mis à l'épreuve des problématiques rencontrées par les soignants. Pour cela, ces groupes se doivent d'être éphémères, le temps de s'approprier un certain type de réflexion, le temps de s'approprier une identité professionnelle. Érigés en modèle de fonctionnement, institutionnalisés, ils perdraient leur authenticité, leur dimension transitionnelle, leur fonctionnement en trouvé-créé, et sombreraient dans une clôture autarcique où tout apport étranger serait craint. Cette expérience incite à soutenir une exploration des formes de demandes peu différenciées, peu élaborées, mais pourtant tout aussi authentiques que les demandes plus classiques adressées à un tiers.

Vincent Di Rocco
Maître de conférences en psychologie
et en psychopathologie cliniques

Bibliographie

- BALINT M. (1968). *Le défaut fondamental*, Paris, Payot.
- BLEGER J. (1967). *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF.
- BION W.R. (1957). « Le développement de la pensée schizophrénique », in *Réflexion faite*, Paris, PUF.
- BION W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- HENRI-MÉNASSÉ. C. (2002). *Analyse de la pratique en institution*, Toulouse, Erès
- HOCHMANN J. (1996). *La consolation*, Paris, Odile Jacob.
- KAËS R. (1992). « Pacte dénégatif et alliances inconscientes », in *Gruppo* n° 8, pp.117-132.
- LÉVI-STRAUSS C. (1962). *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- ROUSSILLON R. (1987). « Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice », in KAËS R. *et coll. L'institution et les institutions*, Paris, Dunod.
- WINNICOTT D.W. (non daté). « La crainte de l'effondrement », in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 1971.



Fig 2.

Atlas ne porte plus le monde seul...