

psychismes

collection fondée par Didier Anzieu

Denis Mellier

La vie psychique des équipes

Institution, contenance et soin

DUNOD

Illustration de couverture :

Baigneurs, Cézanne Paul (1839-1906),

Paris, Musée d'Orsay

Photo (C) RMN-Grand Palais (musée d'Orsay) / Hervé Lewandowski

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, 2018

11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078491-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION. LES ENJEUX DE LA CLINIQUE ACTUELLE, COMMENT DÉFINIR LE TRAVAIL D'ÉQUIPE ?</i>	1
Théories psychanalytiques de l'institution et fonction à contenir	2
Définir l'équipe, quatre obstacles	4
Quelle place pour le clinicien ?	7
Projet d'étude	9

PREMIÈRE PARTIE

APPROCHE THÉORIQUE, L'APPAREILLAGE PSYCHIQUE GROUPAL ET LES LIENS INSTITUÉS

1. Conflits de personnes et souffrance dans les équipes, huit propositions d'analyse	17
Problèmes de personnes et conflits dans les équipes	19
Huit propositions d'analyse	22
<i>L'équipe est constituée de personnes directement mobilisées dans leur désir de soin, 22 • L'équipe réunit des sujets dans un ensemble intersubjectif institutionnel, des pactes et des alliances inconscients fondent leurs liens institués, 23 • L'équipe est un groupe institué qui a une histoire et qui la porte aussi à son insu, 24 • L'équipe est le groupe qui met en place et gère les dispositifs institutionnels d'accueil des soignés, des accueillis, 25 • Dans l'équipe, des soignants sont pathologiques, 26 • L'équipe est un groupe qui est le réceptacle</i>	

<i>privilegié des anxiétés des accueillis, 27 • Dans l'équipe il y a une défaillance profonde du sens et de ce qui fait autorité, 29 • L'équipe peut se représenter son fonctionnement à travers l'élaboration de « cas institutionnels », 30</i>	
L'équipe, une réalité psychique singulière	31
2. La conflictualité propre au travail de contenance d'une équipe, l'apport de W. R. Bion	33
Premier niveau d'analyse de l'équipe : la conflictualité « groupe de travail/groupe de base »	35
<i>La problématique groupale, 35 • Les enjeux d'une équipe : séduction, couplage et changement, 38</i>	
Second niveau d'analyse : l'équipe et la problématique intersubjective de la fonction alpha	41
<i>La problématique du lien et de la pensée, 41 • Les enjeux d'une équipe : confusion, différenciation et capacité de rêverie, 43</i>	
Troisième niveau d'analyse : l'équipe, son cadre institutionnel et le changement	44
<i>La problématique de l'attention comme état d'esprit, 44 • L'introduction de l'establishment et d'un nouveau modèle conceptuel, 46 • Les enjeux d'une équipe : risque de crise et statu quo autour de dénis communs, 48</i>	
3. L'hypothèse d'un appareil psychique d'équipe, l'apport de R. Kaës	53
L'Appareil psychique groupal d'équipe, une exigence de travail pulsionnel	54
<i>L'équipe, exigence de travail et spécificité d'un APG, 54 • L'équipe et sa dynamique groupale : la conflictualité paradoxale d'un couple dans un groupe institué, 58 • L'équipe et son économie : le devenir du travail de contenance, 60 • L'équipe et sa structure : les liens institués, histoire et changement, 61 • L'équipe, son action et son développement, 65 • L'APE, tableau récapitulatif, 66</i>	
Le travail de pensée d'une équipe	66
<i>La vie imaginaire des équipes et ses différents fonctionnements, 67 • Le travail de contenance et les possibilités de changement, 71 • La différenciation des espaces psychiques et sociaux, 74 • Le transfert en institution et l'intervention clinique, 77</i>	

4. Le cadre et le problème du changement institutionnel, Freud et ses héritiers	83
La formule de la foule selon Freud, un double mouvement central et de mise en commun	85
<i>La formule de la foule, un double mouvement, 85 • Deux modalités différentes d'investissement et de mise en commun, 86</i>	
L'équipe et les différentes composantes de son cadre	87
<i>Un objet commun : exigence de travail et fondation, 88 • Une mise en commun : les différentes composantes du « cadre institutionnel », 91</i>	
La vie psychique d'une équipe, possibilités et risques du changement	98
<i>Le cadre institutionnel et la transitionnalité, 99 • Les alliances et le changement de cadre institutionnel, 101 • Les fondements anthropologiques et la précarisation du cadre institutionnel, 103 • Récapitulatif, les problèmes du changement institutionnel, 104</i>	

DEUXIÈME PARTIE

APPROCHE CLINIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DU TRAVAIL D'ÉQUIPE

5. Le problème du changement institutionnel et la contenance des souffrances	109
Le « cas clinique » et l'évolution d'un travail d'équipe en IMP, deux temps de contenance	110
<i>Des équipes entre activisme ou immobilisme, 110 • Un premier niveau de contenance, le « cas » Kevin, 114 • Un second niveau de contenance, « une bouteille à la mère », 117 • Un réaménagement des alliances, 119</i>	
Les difficultés d'évolution d'un service hospitalier	121
<i>La vie imaginaire d'une équipe en réanimation, le poids du coma, 122 • Défenses institutionnelles face à la pression des anxietés, 123 • Le risque de crise, possibilités de contenance et place des familles, 125</i>	
6. Les dispositifs d'accueil de la souffrance et la précarité des liens psychiques	129
Précarité, souffrances primitives et travail de lien	131
<i>La précarité psychique, 131 • Des souffrances primitives, 133 • Le travail de lien, 134</i>	

Des dispositifs comme une offre de contenance	134
<i>Attendre la demande ou proposer une offre de « contenant » ?, 135 • Écoute du symptôme ou attention aux indices de souffrances « primitives » ?, 135 • Respecter le cadre ou construire un dispositif « d'accueil » ?, 137 • Interpréter ou réanimer l'attention aux affects ?, 137 • Abstention/inaction ou intervenir comme « signal d'alarme » ?, 138</i>	
Des dispositifs comme anticipation de la temporalité psychique	140
<i>Le temps de l'énigme ou la qualité « attractive » des dispositifs, 141 • Un temps pour « être présent », 142 • Un temps en étayage sur d'autres réalités, 142 • Un temps en anticipation, 143 • Un temps pour la diversion, 144 • Un temps d'attention avec une médiation, 145 • Un temps compté, la fragilité des dispositifs, 147</i>	
7. Violence, rage et enveloppes : les limites du travail de contenance	151
La violence de la rage et la résistance de l'objet	153
<i>La rage, défaillance des soins primaire et « résistance » de l'objet, 153 • Violences en institution, la rage et la tentative d'appel à l'autre, 156</i>	
L'effraction des enveloppes psychiques	160
<i>Le brouillage des frontières psychiques, du sujet et de l'équipe, 160 • Le travail de différenciation et la stratégie de l'intervention clinique, 163 • La fonction contenante d'une équipe et ses enveloppes institutionnelles, 164</i>	
<i>UN CHEMIN</i>	167
<i>REMERCIEMENTS</i>	173
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	175
<i>LISTE DES OBSERVATIONS D'ÉQUIPES</i>	187
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	189
<i>INDEX</i>	191

Introduction

LES ENJEUX DE LA CLINIQUE ACTUELLE, COMMENT DÉFINIR LE TRAVAIL D'ÉQUIPE ?

La pratique clinique a pris place, au quotidien, dans les institutions de soin, en éducation, dans le secteur sanitaire ou social, malgré les changements qui affectent répétitivement nos sociétés. Cette pratique saura-t-elle résister aux forces qui tendent actuellement à favoriser le manifeste au détriment du latent, le temps de la gestion à celui de l'inconscient ? Comment le clinicien peut-il penser l'adaptation de sa pratique à ces nouveaux enjeux ? Comment, plus profondément, se situe-t-il par rapport à la souffrance des sujets avec qui il travaille ? Comment envisager sa propre souffrance dans ce contexte institutionnel ? Comment peut-il trouver, alimenter ou mettre en place des dispositifs pour affiner son travail et soutenir la clinique ? Comment se situe-t-il par rapport aux membres d'une équipe ?

La dimension du travail d'équipe est galvaudée, tant elle est utilisée à des fins de management ou d'efficacité ! Le sport par ailleurs promeut le spectacle d'une équipe très restreinte, uniquement façonnée par

la compétition. Pourtant, dans les ensembles intersubjectifs qui nous constituent, les liens collectifs entre les sujets conditionnent leurs propres possibilités de penser, de travailler, voire d'aimer. En institution, la fonction soignante des équipes a été ainsi bien mise en évidence, ainsi que l'impact de la souffrance sur les professionnels.

Cet ouvrage étudie, à la lumière de ces enjeux, les *conditions de possibilités du travail clinique en institution*. Si le cadre analytique de la cure individuelle ne peut être transposé sans modification en institution, si la psychanalyse groupale se déploie pour trouver sa propre autonomie, il convient maintenant d'étudier plus précisément **la position** que le clinicien peut/doit prendre dans sa propre pratique. Si la dimension éthique est inhérente à toute clinique, elle doit pouvoir s'ajuster au cas qui sera à traiter. En prison, à l'hôpital général, en crèche, en EHPAD, en situation d'aide aux chômeurs, etc., le psychologue clinicien doit chaque fois percevoir la souffrance des sujets avec qui il travaille, envisager les rencontres possibles avec ces sujets, apprécier les moyens dont il dispose, en un mot penser sa propre place par rapport à ses possibilités mais aussi en rapport avec celle des autres praticiens. C'est ainsi que nous entendons aborder la question du travail intersubjectif de « ce qui fait équipe » en institution.

THÉORIES PSYCHANALYTIQUES DE L'INSTITUTION ET FONCTION À CONTENIR

Une première étude, systématique, m'a permis de dégager l'objet même de ce travail : il existe une réalité psychique singulière propre au travail d'équipe. J'avais à l'époque insisté sur l'approche conceptuelle de cette réalité, construite dans le même temps avec une théorie bionnienne de la fonction contenante. Il s'agissait de ma thèse (soutenue en 1994) menée sous la direction de Paul Fustier et réalisée à partir de l'analyse d'une pratique clinique de plus de dix ans en crèche. Paul Fustier a disparu trop tôt, ce travail lui est dédié. Pionnier de la clinique institutionnelle, il a formé des générations de cliniciens et est intervenu directement ou indirectement dans des centaines d'institutions. « Le travail d'équipe en institution », son ouvrage paru en 1999, porte la marque de cette préoccupation. En reprenant la partie clinique de cette thèse, j'ai rédigé un ouvrage : *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés* qui a été réédité de multiple fois (Mellier, 2000a). Ce livre développe ma clinique, il demeure d'actualité, le lecteur

pourra s'y reporter car il est basé sur le modèle théorique que je vais reprendre ici.

En effet, j'ai depuis poursuivi cette même question en travaillant dans d'autres domaines, en pédopsychiatrie, psychiatrie d'adultes, foyers d'adultes handicapés, IME, toxicomanie, école ou hôpital, etc. Supervision d'équipe, groupe d'analyse de la pratique, intervention institutionnelle, formation d'équipe sont les principales places que j'ai occupées. La supervision de collègues praticiens, la formation des psychologues cliniciens à l'université, mais aussi d'autres professionnels comme les éducateurs spécialisés a été ici un vrai enrichissement. La mise en place d'une formation spécifique sur la « clinique institutionnelle » sous forme de session de quelques jours m'a permis de mettre à l'épreuve une certaine conception de l'institution. Enfin, ma place et mon évolution à l'université ne cessent d'être une source constante de questionnements sur les conditions de possibilités d'un travail d'équipe, très limité dans cette institution. En effet, la construction comme la transmission du savoir n'échappent pas à de multiples enjeux de pouvoir et de maltraitance, tant internes qu'externes, propres à cette institution. Cet ouvrage se situe dans ce contexte¹.

Cette recherche s'inscrit dans ce que l'on pourrait appeler « l'école lyonnaise de psychanalyse groupale », suite à l'impulsion de René Kaës qui a profondément marqué le paysage de la psychanalyse groupale et qui s'était installé à Lyon. Cette perspective est par ailleurs très présente au sein de la SFPPG (Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe) qui rassemble plus largement d'autres perspectives notamment celle très importante de Jean-Claude Rouchy, récemment disparu. La clinique institutionnelle se développe, le récent ouvrage de D. Drieu et J-P. Pinel (2016) sur les cas en clinique institutionnelle en est le signe. Elle a plus que jamais sa place dans le contexte actuel d'une « pensée en berne », selon l'expression de Rouchy. Pourtant beaucoup reste à faire. C'est ce qui me motive à expliciter plus largement ma contribution. Celle-ci est tributaire de mes expériences mais aussi de mes choix théoriques.

Si depuis maintenant plus de vingt ans je n'interviens en institution que comme intervenant extérieur, j'ai passé mes premières années comme psychologue clinicien à plein temps en institution. Cette position « de

1. Outre l'appui de Paul Fustier, citons ici des collègues engagés sur le terrain institutionnel, Jean-Pierre Pinel, Evelyne Grange, Christiane Joubert, Georges Gaillard, Pascal Roman, André Sirota mais aussi François Ronzon, Vincent Bompard, Khédidja Benarab et bien sûr la rencontre avec René Kaës sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

l'intérieur » m'a marqué, la perspective du travail en équipe était de plus pour moi vitale au regard de ma place simultanée sur différents établissements. Par ailleurs, ma propre formation et pratique analytique m'a amené à être particulièrement sensible au non-verbal, à ce qu'il est convenu d'appeler « l'archaïque ». L'observation du bébé dans sa famille, selon la méthode mise en place par Esther Bick, permet d'explorer ce domaine au sein même de ce qui structure les premiers liens et la vie familiale. Plus fondamentalement, elle permet méthodologiquement de mettre à l'épreuve les propres fonctions contenantes de l'observateur.

La théorie de la « fonction contenant », ou ce que je préfère appeler la « fonction à contenir » (Mellier, 2005) pour indiquer le mouvement à réaliser que cette fonction désigne, m'accompagne depuis ma première recherche et cet ouvrage en porte la marque, elle en constitue le fil rouge, l'option théorique. Une théorie plus systématique de celle-ci est exposée dans *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail de lien* (2005). Trop souvent réduite, simplifiée, voire dévoyée, cette théorisation issue de Bion garde tout son tranchant, notamment pour sa dimension institutionnelle. D'autres voies d'entrée sont possibles, l'institution est un concept finalement assez récent, qui nous vient d'ailleurs surtout de la sociologie, dont la théorie ne fait actuellement pas consensus, malgré de tout récents travaux. Je prendrai donc le parti d'explicitier ma perspective, le plus loin possible, tant qu'elle paraît opérante pour penser la pratique.

DÉFINIR L'ÉQUIPE, QUATRE OBSTACLES

Définir l'équipe, c'est déjà définir notre objet d'étude, un objet, au sens psychanalytique du terme. Ceci ne va pas de soi tant ce qui se manifeste comme équipe peut valoir comme idéologie, une autoproclamation bien loin de la réalité psychique de ce qui se travaille en faisant équipe. Si en psychologie individuelle on a souvent fait comme si la personnalité de l'individu se résumait à son « Moi », ou pourrait dire que dans le champ des ensembles intersubjectifs la tentation est grande d'assimiler l'équipe à l'institution. Par ailleurs l'équipe peut aussi être réduite à un groupe centré sur sa tâche, avec sa propre dynamique ou ses seules interactions avec les personnes qu'elle prend en charge, sans considérer le fait institutionnel qui la surdétermine. Différentes illusions guettent ainsi toute conception de l'équipe dans les institutions de soin, ou apparentées : l'assimiler à la totalité de l'institution, la réduire au plan comptable d'un nombre restreint de professionnels, à sa dynamique groupale ou à une relation duelle avec les accueillis.

1. L'équipe est assimilée à l'institution. Couramment, sur le terrain, mais parfois aussi au niveau théorique on parle de l'institution pour désigner l'équipe (cf. « ah, mais c'est un problème institutionnel ») et les personnes d'une équipe s'assimilent aisément à « leur institution » (« chez nous... »), à moins que l'institutionnel ne soit réservé qu'à ceux qui sont plus loin : les décideurs, les cadres de l'établissement. L'équipe est bien « dans » l'institution, mais elle n'est pas le « tout » de l'institution, elle n'est qu'une partie de l'ensemble institutionnel. À l'instar du « Moi » dans l'appareil psychique, on pourrait dire que l'équipe représente une partie assez active de cet ensemble, qu'elle est tiraillée entre différentes logiques et qu'elle est pour une part inconsciente.
2. L'équipe est réduite à une collection d'individus. En partant d'un point de vue plus « objectif », on pourrait être tenté de définir l'équipe selon les normes organisationnelles ou comptables d'un établissement. Cette définition permet de repérer et « d'isoler » les personnes qui sont expressément désignées pour remplir une tâche particulière. La psychologie des organisations (Arnaud, 2018) développe utilement cette perspective. Du point de vue clinique, il faudrait envisager l'existence d'un sous-groupe indépendamment de l'ensemble intersubjectif auquel il appartient. Les autres groupes, les cadres, les dirigeants seraient situés en dehors de l'équipe. Où commencent, où finissent l'institution, l'équipe générale et les différentes équipes ? Comment envisager l'appartenance de personnes à plusieurs équipes ? Au niveau d'un établissement, on ne peut clairement répertorier le pool de professionnels responsables d'une action, sauf de manière très technique.
3. L'équipe est réduite à sa dimension groupale. Cette définition plus groupale de l'équipe, même si elle est étendue à l'ensemble des professionnels d'un même établissement risque de ne l'envisager que sous ses « difficultés de communication » (Loubat, 1999). Comme dans toute vie de groupe, la vie d'équipe a « des hauts et des bas », des moments sont plus exaltants, d'autres plus dépressifs, le groupe est plus ou moins chaleureux etc. Ceci ne suffit pas à la définir, c'est oublier son « moteur », ce qui fonde son existence : pourquoi les personnes sont-elles ainsi réunies ? Tout se passe comme si « le fait institutionnel » était réduit à une simple caractéristique, secondaire.
4. L'équipe n'est envisagée que dans son rapport aux accueillis. L'équipe partage avec l'autre groupement des personnes accueillies, le même

espace institutionnel. Les lieux d'hébergement à temps plein, journalier ou ponctuel donnent cette illusion que l'équipe partage uniquement les mêmes « quatre murs » avec les personnes accueillies. Si effectivement l'institution est fortement déterminée par la conflictualité issue de ces deux groupes, comme P. Fustier l'a très bien montré, il y a le risque ici de réduire l'équipe à un face-à-face duel avec les accueillies. Nous savons que cette dualité est un leurre, qui a souvent enfermé les institutions en mettant en exergue leurs tendances totalitaires ou d'emprise sur les sujets accueillies. Or l'institution est d'abord un fait sociétal, qui s'inscrit dans le tissu d'une société, avec des individus qui ont tous leurs propres groupes d'appartenance externes. Les équipes, leurs tâches, leurs moyens, les personnes accueillies, leurs besoins, leurs prises en charge etc., dépendent de cet « extérieur ». L'équipe n'est pas simplement poreuse par rapport à ces éléments extérieurs, ou seulement influencée par tous ces éléments (idéologies, réglementations, financements), elle est en partie fondée par ceux-ci et tributaire de leurs évolutions. Les enjeux économiques, politiques, financiers et notamment managériaux qui pèsent sur les institutions n'en sont qu'un exemple parmi d'autres, la place que jouent les familles pour les enfants ou les personnes hospitalisées en est un autre. Ces groupements « extérieurs » sont pleinement constitutifs du « fait institutionnel » ou du « lien institué ».

Au regard de cette première discussion, l'idée d'équipe, du point de vue psychanalytique, n'a rien de simple. Ces quatre illusions constituent autant d'obstacles pour repérer la propre *réalité psychique* d'une équipe, sa vie psychique. La vie d'une équipe émerge à toutes ces dimensions. Les sujets, l'équipe comme groupe de professionnels, les personnes accueillies et l'ensemble intersubjectif qui *fait institution* ne sont que divers prismes qui permettent de la définir. Son travail, ou plus exactement *ce qui se travaille en elle*, la détermine. Son fonctionnement est conditionné par ce qui la fonde, les liens institués.

En référence aux travaux de R. Kaës, la vie psychique d'une équipe sera définie *comme ce qui se travaille dans un appareillage psychique groupal spécifique qui assure la tâche primaire de l'institution, l'accueil des personnes accueillies. L'équipe est ainsi fondée par les liens institués, elle se définit par sa tâche et sa proximité avec l'attente des personnes accueillies.* L'idée d'un « appareil psychique institutionnel » a été dans les premiers temps employée pour désigner ces processus. Pour ne pas tendre à assimiler l'équipe à son institution, je crois préférable d'envisager sa construction comme un *appareil psychique d'équipe* (APE), c'est la thèse que je défendrai ici.

QUELLE PLACE POUR LE CLINICIEN ?

L'équipe interroge fortement la place du clinicien et réciproquement. Fait-il partie de l'équipe ou travaille-t-il avec l'équipe ? S'il appartient à l'institution il risque d'être assigné à « travailler en équipe » ? S'il intervient comme superviseur ou lors d'analyse des pratiques sur une équipe, on dira alors qu'il « travaille sur l'équipe » ? Pour avoir expérimenté ces deux places et pour tenter de repérer une réalité psychique que permettrait de rendre compte de ces deux positions, il me semble fructueux de cerner notre objet comme « **ce qui fait équipe** », selon l'heureuse expression prise également pour le dossier que Gilles Amado a coordonné avec Paul Fustier pour la Nouvelle Revue de Psychosociologie (2012).

D'une certaine mesure avec une équipe « nous sommes tous dans le même bateau ». Dans l'étymologie du mot « équipe » il y a l'idée d'« *eschipper* », équiper un navire, « l'appareiller » pour qu'il puisse partir¹. L'interdépendance des uns et des autres est centrale, ainsi que la tâche commune, que cela soit dans l'idée du sport ou celle du travail des ouvriers. Étudier « ce qui fait équipe » nous introduit directement dans le travail de liens que des sujets ont à réaliser. Définir a priori les personnes impliquées dans cette tâche me paraît secondaire au regard de l'importance de prendre en compte *les processus mêmes de liaison, de déliaison et de penser*. Comment s'effectuent-ils (doivent-ils s'effectuer ?) entre des sujets pour d'autres sujets, et ceci dans un cadre donné.

Étudier la vie psychique d'une équipe, c'est repérer « ce qui fait équipe » dans un cadre institutionnel, mais aussi interinstitutionnel. La pratique clinique en prévention, les limites des équipes institutionnelles,

1. L'étymologie du mot « équipe » vient de *équiper* (au XII^e, *eschipper*, *esquiper*, emprunté au terme normand « naviguer, embarquer » ou de l'ancien nordique *skipa*, « arranger, équiper », voire « naviguer », cf. *skip*, « bateau ») et signifie originellement : « 1. Pourvoir un vaisseau de tout ce qu'il lui faut pour la manœuvre, la subsistance, la défense etc. 2. Pourvoir de choses nécessaires », (Littré). Il prend ensuite le sens d'une équipe de jeu (au XV^e siècle, le jeu de « quintaine »), - cette idée sera fortement reprise au XX^e pour le sport-, puis le sens « marchand » d'une solidarité de bateaux au XVII^e siècle : « Une Série de bateaux amarrés les uns aux autres, allant à la voile ou traîné par des hommes » (Littré) et le sens « ouvrier » d'une coopération dans le travail du XIX^e siècle : « 1. L'équipe réunit 2, 4 ou 6 personnes qui transportent sur un brancard des pierres dans l'intérieur des ateliers de construction, 2. Un certain nombre d'ouvriers attaché à un travail spécial » (Littré).

« Faire équipe », ce sont les ouvriers qui se relaient pour que le travail continue. Cette interdépendance des uns et des autres se retrouve aussi avec l'équipe des joueurs : ils sont solidaires dans le jeu.

montrent tout particulièrement à quel point le travail entre des équipes de différentes institutions est devenu crucial. Les enjeux de la Protection de l'enfance passent ainsi par un réseau de coopération souvent entre école, différents services de l'ASE, la justice, des établissements de placement et... les parents et la famille, sans compter bien sûr le ou les enfants concernés... Qu'est-ce qui « fait équipe » dans ce cas ? La notion de « **réseau** » semblerait plus apte à le circonscrire que celui d'un groupe de personnes, bien homogène et organisé à l'image d'une « équipe » sportive.

Au fondement de cet ouvrage, il y a le problème du **positionnement** du clinicien en institution. Quelle est sa « stratégie » ? Comment construit-il sa place ? Sur quoi se base-t-il pour se positionner dans « ce qui fait équipe » ? Où se situe le transfert ? Peut-on d'ailleurs parler d'un « transfert institutionnel » et d'un « transfert d'équipe » ? Comment caractériser ce qui se passe d'un patient à sa famille, d'un parent à un professionnel, de ce professionnel à « son » équipe, de cette équipe à une autre équipe, ou parent, ou à l'autre parent pour ce patient, voire à une autre famille etc. ? La chaîne est infinie, les focales innombrables, les objets multiples. Freud reconnaît très tôt l'existence du transfert en dehors de la cure et dans les autres modes de traitement, les établissements médicaux : « Nous répondrons que les mêmes phénomènes se produisent partout, mais qu'il s'agit d'en reconnaître la nature » (Freud, 1912, p. 58). Du point de vue du soin psychique, une direction du transfert apparaît capitale pour une équipe et sa tâche : *le transfert qui s'effectue des personnes accueillies en direction des professionnels qui constituent l'équipe*, que cela soit sous une forme « diffractée » (Kaës, 1993) ou diffuse (Neri, 1995). Par conséquent, en retour, ce qui sera ainsi mis au travail en équipe, c'est le « contre-transfert » de chaque professionnel en direction des accueillis. Les « constellations transférentielles » (Delion, 2002) des professionnels pourront se travailler en équipe. Une « reprise » du transfert qui pourra ainsi changer la donne et contenir et donner sens à la souffrance des personnes accueillies. L'APE résulte de la convergence et de la divergence de ce double mouvement sans cesse en interaction.

Devant ce foisonnement transférentiel, et surtout l'indétermination souvent de l'origine et/ou de la cible du transfert, nous pourrions avoir recours au concept de « transformation » avancé par Bion. Dans tous les cas de figure, le modèle de compréhension de ce qui fait équipe est profondément en phase avec l'implication des cliniciens.

PROJET D'ÉTUDE

Pour mener à bien ce projet, nous prendrons ainsi le temps de « déconstruire » dans une **première partie** l'idée d'équipe pour l'approcher et la conceptualiser du point de vue d'une réalité psychique intersubjective, mais aussi intrapsychique et transpsychique, comme un appareil psychique groupal particulier à une équipe, désigné en abrégé par APE.

Pour introduire cette étude, nous partirons de la souffrance des professionnels dans leur équipe au chapitre 1. Érigés en « problèmes de personne » **les conflits** saturent souvent la vie des équipes. Ces conflits constituent pour nous la porte ouverte vers l'approche de ce qui se travaille plus profondément au sein d'une équipe. Leur analyse nous amènera à exposer de manière systématique les différentes voies explicatives utilisées en clinique institutionnelle. Les conflits d'équipe, les problèmes de personnes ne sont que la face visible de l'iceberg. Ils traduisent la complexité de l'agencement d'un véritable appareillage des psychés propre à la vie psychique d'une équipe.

Dans le chapitre 2, nous chercherons à repérer **la conflictualité** propre à une équipe. Si une équipe a une vie psychique, c'est parce qu'elle admet en son sein un antagonisme, un conflit, qui lui est propre. L'analyse de l'œuvre de Bion est riche en enseignement pour envisager de manière intersubjective les différents types de conflits propres à la problématique de la contenance. Elle permettra de décliner, quasiment logiquement, trois niveaux complémentaires d'analyse du fonctionnement conflictuel d'une équipe. Un même cas clinique sera chaque fois analysé pour les expliciter.

La première conceptualisation de cette conflictualité repose sur l'idée d'un travail de coopération entre les sujets au niveau du « groupe de travail » et de résistances au sein du « groupe de base » qu'ils forment. Cette première approche pose l'intérêt de l'approche groupale des processus inconscients. Le second niveau de conceptualisation reprend une problématique plus intrapsychique pour l'inscrire dans l'intersubjectivité. Le « travail de pensée » que réalise une équipe lui permet d'accéder au soin d'un sujet, en se dégageant notamment des processus d'indifférenciation en son sein. Le troisième niveau prend en quelque sorte la focale du cadre même dans lesquels se déroulent les précédents processus, celui de *l'establishment*. Partant de Freud, la conceptualisation de Bion permet ainsi d'envisager une conflictualité groupale, un niveau inconscient en deçà du refoulement, et l'idée d'une « institution » par essence nécessaire mais antagoniste à toute idée de changement, à toute

pensée nouvelle. C'est au niveau de cette conflictualité que « l'objet équipe » peut être construit.

Nous pourrions alors dans le chapitre 3 définir la vie psychique d'une équipe grâce à une exigence de travail propre à **un appareil psychique groupal**. Définir une équipe, c'est conceptualiser ce qu'il faut bien reconnaître avec René Kaës comme une *exigence pulsionnelle*. Dans ce travail de liens, les sujets constituant ce groupe ont pour tâche de recevoir, contenir et transformer les souffrances des personnes dont ils ont la charge, et ceci au sein de liens institués. Le travail d'équipe se situe ainsi à l'articulation de dimensions intrapsychiques, intersubjectives et transpsychiques.

Une métapsychologie de cet appareillage permet de l'analyser selon l'aspect dynamique, nous verrons ici l'impact du couplage touchant le lien accueillant-accueilli, selon un aspect plus économique, où il s'agit de s'interroger sur le devenir de ce qui n'est pas contenu dans ce travail, selon un point de vue plus topique, où les différences individu/groupe/institution mais aussi accueilli/accueillant/personnes extérieures risquent de s'indifférencier si ce travail ne se réalise pas, mais aussi selon le point de vue plus génétique de l'évolution des équipes et leurs possibilités de changement.

Le travail d'équipe n'apparaît plus ici comme seulement tributaire de la bonne volonté des individus, de leurs motivations ou compétences, voire de leur personnalité. Il dépend plus profondément de la manière dont les individus s'inscrivent dans une exigence de travail, toute à fois coûteuse mais salutaire pour eux-mêmes et l'ensemble auquel ils appartiennent.

Ces processus dépendent d'un travail clinique vectorisé par des enjeux transférentiels, notamment l'élaboration du « contre-transfert des professionnels ». Le soignant est l'objet de transferts multiples, qu'il peut pour une part reconnaître, mais qui lui resteront pour une part à jamais inconnus. Il participe ainsi au travail de prise en compte de la réalité psychique, exigé par l'équipe, il participe aux différentes transformations, au sens de Bion, qui l'affecte. Sa propre fonction à contenir est corrélée avec les enjeux propres à l'APE.

La vie psychique d'une équipe est consubstantielle à ce qui se trame dans l'ensemble institutionnel. Préciser **le travail d'équipe et son fonctionnement**, c'est l'articuler aux autres groupements de cette institution, c'est l'objectif du chapitre 4. Le travail d'une équipe est un processus qui a pour cadre, le cadre institutionnel.

Pour préciser ce que nous entendons par « cadre institutionnel », nous ferons d'abord un retour au texte princeps de Freud (1921) qui a en