

Chapitre 1

LA CONSTRUCTION DU DISPOSITIF D'INTERVENTION À L'ÉPREUVE DES MUTATIONS INSTITUTIONNELLES CONTEMPORAINES

Jean-Pierre Pinel

MES propos viseront à explorer certaines questions cliniques actuelles, associées à la construction et à la mise en œuvre d'un dispositif d'intervention en institution. Ce texte se limitera à envisager le champ des interventions conduites en institutions spécialisées. C'est-à-dire aux services et établissements dont la mission est d'apporter un soin et/ou un accompagnement socio-éducatif auprès de sujets présentant une forme de souffrance psychique, de psychopathologie, de déviance, d'inadaptation sociale ou d'antisocialité. Des sujets entrant

dans le champ de ce qu'Alain-Noël Henri a désigné par le terme générique de *mésinscription* (Henri, 2004).

Ces établissements ou services constituent des ensembles intersubjectifs dont les modes de fonctionnement sont extrêmement élaborés et qui recèlent, du même coup, une fragilité fondamentale et essentielle. Cette fragilité de fond — corrélative à une suffisante sensibilité à la vie psychique de l'autre et des autres — est inhérente à l'exercice de la tâche primaire : elle constitue une condition nécessaire au soutien et à la relance du travail psychique et des processus de pensée. Parallèlement, cette vulnérabilité est fondamentalement liée à la place occupée par ces établissements ou services en limite du tissu institutionnel formant le cadre culturel de notre civilisation contemporaine. Assignées à une position intermédiaire, destinées à exercer une fonction d'articulation entre les institutions culturelles ordinaires et les sujets ou les groupes pris dans la mésinscription, elles ont à participer à retisser des liens sociaux et symboliques empêchés, attaqués ou déchirés.

Pour soutenir un processus de remaillage de la trame symbolique et étançonner les processus de liaison, les équipes institutionnelles ont à s'inscrire au cœur des conflictualités les plus aiguës, à se confronter sans cesse, du dedans, aux diverses expressions de la déliaison et de la destructivité. Elles ont ainsi à accueillir et contenir des désespérances et des violences déformantes, potentiellement désorganisatrices. Simultanément, elles ont à se déprendre de la fascination pour l'horreur et de l'aspiration à constituer un double narcissique répétant à l'*identique* (de M'Uzan, 1969) la problématique des sujets accueillis. Pour supporter ces mouvements psychiques archaïques et violents, elles vont se constituer dans une forme de paradoxe de fond, plus ou moins symbolisé, qui conjoint une suffisante *malléabilité* (Roussillon, 1991) à une fermeté positionnelle permettant de rétablir un écart, sans cesse corrodé. Elles ont à réélaborer de manière réitérée des différenciations symbolisantes, mises à mal, disqualifiées ou déniées par les patients et parfois par les praticiens.

La contenance de ces vulnérabilités de fond et le maintien d'une position articulaire dépendent de l'instauration et de la fécondité des dispositifs groupaux de métabolisation : de leurs capacités à reprendre et transformer les effets dissociatifs ou confusionnants traversant les différents espaces et instances institutionnels. Or dans certaines conditions ces dispositifs ne peuvent retraiter l'ensemble des matériaux psychiques projetés, déposés ou injectés dans la psyché des praticiens, dans les systèmes de liens, comme dans le cadre institutionnel. Tel le *protiste* freudien, les professionnels, l'équipe ou l'ensemble de l'institution, vont être

périodiquement débordés, attaqués, « intoxiqués » par les mécanismes pathologiques associés aux différentes formes de mésinscription.

LES DEMANDES D'INTERVENTION EN INSTITUTIONS

Les demandes d'intervention en institution spécialisée s'originent donc en premier lieu dans ces différents débords. Elles transitent par une perception et une élaboration préalables, suffisamment partagée, des limites rencontrées dans le travail psychique de détoxication et de métabolisation nécessaire à l'accomplissement de la tâche primaire. Cette perception s'associe classiquement à trois grands types de configurations cliniques et, partant, de demandes d'intervention potentielle.

D'une part, ce sont les difficultés, les obstacles, voire les impasses, rencontrées dans la clinique directe qui mobilisent des formes de souffrances psychiques plus ou moins aiguës, plus ou moins identifiables et représentables. Les praticiens de ces institutions soignantes sont convoqués à contenir des expériences émotionnelles extrêmes, à héberger des fantasmes crus et violents qui produisent des effractions de leurs pare-excitations, des courts-circuits de leur *appareil à penser les pensées* (Bion), des sidérations itératives, à valeur parfois proprement traumatique. Ces praticiens sont ainsi confrontés à des mouvements psychiques violents, chaotiques, confusionnants et stérilisants qui vont s'allier à une atteinte des processus de pensée et d'élaboration groupales, à un épuisement des créativités singulières et collectives. Les attaques de la pensée et de la liaison, les fonctionnements agis, les réponses opératoires, les bouclages interactifs signent l'empiétement et l'immobilisation de la mentalisation de chacun et de tous. Mais il vient aussi signifier le déclin de la fécondité des dispositifs d'analyse clinique de deuxième niveau, tels que les groupes cliniques, les réunions de synthèse, les études de cas...

Certaines expressions pathologiques, notamment celles des sujets antisociaux, violents, sans limites — ceux qu'il est convenu de caractériser comme des « cas difficiles » — vont plus particulièrement susciter la représentation d'une mise en péril, voire en échec, des fonctions soignantes de l'équipe instituée. Cette représentation participe à affecter les idéaux et les identifications professionnelles des praticiens : elle entame le narcissisme du groupe soignant. Il s'agit là d'une source essentielle des demandes d'intervention adressées à un tiers externe. Elles vont essentiellement se formuler en termes d'analyse de la pratique, de Balint (1960) ou de supervision.