

Quelques propositions pour analyser les problèmes d'équipes au regard de la psychologie clinique

Denis MELLIER*

Comment faire face aux conflits dans les équipes ? D'où proviennent-ils ? Sont-ils inévitables ? Ces questions nous amèneront à avancer sept propositions pour envisager le rapport des soignants à leur équipe, approcher ainsi les sources possibles des conflits et dégager les modes d'intervention clinique du psychologue en institution.

L'étude récente de Claude Navelet et Brigitte Guérin-Carnelle (1999) décrit un état des lieux des institutions soignantes où les conflits semblent participer « à la substance même de ces institutions ». Il s'agit de conflits autant internes qu'externes : « Conflit "externe", social, qui renvoie à la constitution même des institutions médico-sociales dans lesquelles il n'existe pas de relation nécessaire entre pouvoirs et compétence, sources financières et contrôles effectifs, objectifs officiels et pratiques effectives » (p. 28) ou « conflit "interne", à la fois intellectuel et psychique qui structure les options techniques, donc éthiques, des intervenants » (p. 28). Le constat est rude, sévère mais à la hauteur des problèmes actuels. Directeurs d'établissement, assistants sociaux, éducateurs, médecins psychiatres, parents membres d'un conseil d'administration, psychologues et enseignants-chercheurs en psychologie, l'échantillon est peu important mais qualitativement représentatif de la situation de travail des psychologues en institution. Face à une logique souterraine où se succèdent « incompétence-infractions-impuissance-impunité » (p. 44) qu'ils décrivent comme une boucle infernale, ils avancent des propositions qui vont dans le sens de l'établissement du code de déontologie des psychologues et de la réflexion sur l'éthique et la déontologie, (1). Nous ne pouvons que souscrire à cette volonté de clarifier socialement les règles de la profession.

Dans cet article nous tenterons d'apporter notre contribution à ces problèmes en tentant de dégager un registre de la réalité psychique propre au fonctionnement des équipes. Les équipes se définissent parfois elles-mêmes selon leurs propres critères, elles avancent parfois une volonté commune ou font état d'un éprouvé commun. Sans céder aux sirènes d'une unité imaginaire que l'approche groupale après Didier Anzieu sait maintenant

débusquer, nous nous centrerons sur les équipes pour pouvoir penser leur travail, psychique, avec les accueillis (2), pour pouvoir penser les points de nouage entre l'individu, ses groupes et l'institution. Les conflits d'équipe sont une « porte d'entrée » dans cette problématique, ni reflète, ni neutres, ils témoignent différemment d'une vie latente entre les sujets réunis pour une même tâche en institution. Les missions et les fonctions des professionnels pourront être d'autant plus claires et affirmées que chacun aura conscience de ce registre de la réalité institutionnelle.

PROBLÈMES D'ÉQUIPE ET CONFLITS DE PERSONNES

Ce que l'on appelle couramment « les problèmes d'équipe » apparaissent comme des conflits de personnes (3). Ils grèvent notre parcours en institution

(*) Institut de psychologie, Centre de recherche en psychologie et psychopathologie clinique, Université Lumière Lyon 2, <Denis.Mellier@univ-lyon2.fr>

(1) À consulter sur ce sujet : Éthique en psychologie et déontologie des psychologues, *Bulletin de psychologie*, 2000, n° 445 et Clinique et éthique, *Psychologie clinique*, 2000, n° 5.

(2) Nous avons choisi d'utiliser le mot « accueilli » comme un substantif pour désigner de manière générique toutes les personnes, enfants ou adultes, qui sont accueillies par les professionnels en institution. Leur statut peut être très divers, patient, élève, résident, détenu, « éduqué » etc. en fonction du type d'institution en cause : hôpital, école, foyer, prison, maison d'enfant, etc. Ce terme est également utilisé dans ce sens par Paul Fustier (1999). L'idée de l'accueil ne se limite pas, ici, au premier accueil, celui de l'entrée dans l'établissement. Elle désigne l'ensemble des attitudes ou disponibilités psychiques face aux personnes prises en charge. Elle met ainsi l'accent sur la réceptivité que les professionnels doivent avoir vis-à-vis de la présence même de ces personnes. La perspective développée dans ce texte met en tension le travail actif « d'accueillant » de ces professionnels avec la situation initialement plus passive d'être « accueilli ».

(3) Nous reprenons dans ce passage des éléments développés dans un ouvrage centré sur le travail des équipes (Mellier, 2000).

voire compromettent le travail clinique. Laissés pour compte ils apparaissent souvent comme des scories de l'art noble de la clinique, ils sont souvent hors champ sauf à se situer dans le cadre spécifique d'une analyse institutionnelle. Paradoxe, la formation sur le terrain commence souvent par un apprentissage un peu sauvage à ce « savoir-faire » dans les équipes.

Il s'agit de conflits entre les membres d'une même équipe : rivalités de personnes, disqualification de certains rôles, attaque de la hiérarchie, etc. ou envers d'autres équipes : critiques acerbes tant au niveau de l'ensemble du groupe que des personnes. Les références manifestes au travail réellement accompli apparaissent souvent très déformées et secondaires face à la perspective perverse de manipulation de l'autre, elles sont utilisées comme des charges et souvent la réplique ne permet pas de sortir d'un cercle vicieux de disqualification...

À partir d'un certain degré ils aboutissent à des changements significatifs dans la composition affichée d'une équipe : l'exclusion définitive d'un ou de plusieurs membres de l'équipe, leur mutation ou cantonnement vers d'autres tâches, la venue de nouvelles personnes, la création ou la suppression de certaines fonctions, l'affichage d'une nouvelle mission, etc. Ces problèmes peuvent avoir une teneur violente car ils portent atteinte à l'assise narcissique des liens de l'individu à l'institution, l'identité même du sujet est atteinte. Ces conflits touchent et font mal, ils peuvent être à l'origine de manifestations dépressives, psychosomatiques (Ridel, 1986) voire suicidaires ou délirantes. Tous les degrés sont possibles, depuis la simple contrariété jusqu'à ce qui fait crise dans l'équipe ou, au-delà, dans l'institution.

Les conflits d'équipe qui s'exacerbent menacent souvent de dériver dans une crise en mettant directement en jeu l'assise narcissique de l'équipe, la désorganisation de la pensée groupale est telle qu'aucune pensée commune n'est alors possible. La crise peut rester cantonnée à l'équipe, elle gèle alors, pour un temps, toute possibilité de changement du cadre institutionnel, de transformation du cadre de l'accueil. Elle peut aussi s'élargir à une crise institutionnelle en rendant confus les différents niveaux et espaces propres à une institution (Barus-Michel et coll., 1996 ; Pinel, 1996).

Didier Anzieu (Anzieu et Martin, 1968) signalait que l'énergie dépensée pour qu'une institution fonctionne est supérieure à celle directement dépensée pour sa tâche. José Bleger (1971) a souligné le risque de la bureaucratisation des institutions. Cette organisation qui parasite l'institution au point de la détourner de sa tâche n'est-elle pas le lieu même de l'équipe ou l'une de ses excroissances ? Il ne serait pas impossible de penser que les problèmes entre les membres d'une équipe

mobilisent plus le soignant que sa relation à celui qu'il doit accueillir et soigner. Effet iatrogène de l'institution, l'équipe consommerait dans ces conflits de personnes plus d'énergie qu'elle n'en produirait.

On pourrait analyser ces conflits comme relatifs au « pouvoir », objet d'étude de la sociologie ou de la psychosociologie clinique que développent respectivement Eugène Enriquez (1992) et Jacqueline Barus-Michel (1987), ou Gérard Mendel (1997) sous une autre forme. Sans sous-estimer cette détermination, nous ne les étudierons pas ici dans la perspective d'une articulation entre psychologie et social, logique du sujet, logique des organisations, pour développer une théorisation plus en rapport avec les possibilités d'intervention du psychologue en institution. Nous conduirons notre analyse pour approfondir le plus loin possible la perspective du sujet, de son désir et sa souffrance, la perspective de l'intersubjectivité propre à une psychologie clinique, principalement référencée à la psychanalyse.

Dans une première interprétation on peut noter que les formes extrêmes que prennent ces problèmes révèlent des enjeux qui se situent surtout au niveau du « narcissisme des petites différences » (Freud, 1921, 1929), la haine sourd d'une problématique de différenciation narcissique. Quelle que soit la légitimité de ces problèmes au regard de la rationalité du travail d'équipe, ces problèmes sont toujours vécus par les personnes directement concernées par leurs effets négatifs comme une confrontation à l'arbitraire pur, elles sont « aux carrefours de la haine » (Enriquez, 1984). En phase ultime il y a souvent une activation de scénarios paranoïaques ou masochistes. Chez d'autres sujets, au contraire, le déni de toute haine et de toute souffrance peut se renforcer et constituer ce que Micheline Enriquez appelait « l'apathie ». Ces conflits de personnes activent des liens paradoxaux car fondés sur la haine.

La haine, en effet, ne peut être assimilée à une simple pulsion à détruire. Si Freud a indiqué que « l'objet naît de la haine » c'est qu'elle témoigne d'un premier effort de différenciation qui passe par le rejet, la répulsion de l'autre, l'autre comme « autre », ou l'autre qui est en soi (Dorey, 1986).

Ces conflits témoignent de processus de différenciation dans un groupe. Présentés d'abord et surtout comme « des conflits de personnes » ils ne seraient pas, en fait, si indépendants de la problématique même d'un groupe. Cette insistance même à les présenter comme dépendants uniquement de la personnalité d'un individu masquerait une autre réalité, déniée. Telle est la position que nous adoptons. Il n'est pas toujours aisé d'intervenir dans ces situations pour démêler ce qui est du registre projectif, imaginaire, de ce qui relève de la réalité psy-

chique des sujets en situation. Ce problème est crucial sur le terrain mais également dans les groupes de supervision ou d'analyse de la pratique, même si le cadre permet qu'ils soient, généralement, plus gérables. En partant de l'hypothèse qu'ils sont l'expression de souffrances non directement manifestes, il reste à explorer comment ils peuvent prendre sens, ce qui nous amènera, en conclusion, à émettre des hypothèses sur la place du clinicien en équipe.

SEPT PROPOSITIONS D'ANALYSE

En travaillant à partir de ces conflits de personnes, le clinicien s'appuie sur des éléments théoriques explicites ou implicites de l'équipe et du fonctionnement institutionnel. Différentes voies interprétatives sont alors possibles. En tentant d'en repérer les principales, nous obtenons une série de propositions qui caractérisent l'équipe. Elles ne sont pas toutes équivalentes, certaines mettent plus l'accent sur l'origine des conflits, d'autres, notamment les deux dernières, mettent l'accent sur des aspects plus méthodologiques. Elles sont ainsi plus souvent en complémentarité qu'en opposition. Chacune représente pourtant un « point de vue », en organisant une certaine perception dominante des enjeux institutionnels. En fonction de sa place dans l'institution, compte tenu de sa position par rapport aux problèmes rencontrés, de ses dispositifs et de ses options tant théoriques que cliniques, le praticien peut ainsi s'engager plutôt dans une de ces directions interprétatives.

L'équipe est constituée de personnes directement mobilisées dans leur désir de soin

C'est le premier postulat à partir duquel peut se faire une analyse. Partagé par tous, il est parfois l'axe quasi exclusif de l'analyse. La recherche de François Ansermet et Maria-Grazia Sorrentino (1991) me paraît tout à fait exemplaire à cet égard. Le désir du soignant est interrogé en pointant notamment une sorte de répétition à rechercher, dans l'institution, le paradis perdu de l'enfance, un monde d'illusion qui est aussi celui du soigné, ici le psychotique. Les effets imaginaires du discours butent sur les questions de la castration, du manque ou de l'ouverture à l'inconnu. Dans cette perspective les problèmes d'équipe sont à entendre comme tout matériel clinique. Soumis aux effets de l'imaginaire, la dimension symbolique du sujet doit être restituée par le travail d'analyse.

En deçà de toute idée de conflit, il s'agit de questionner la position éthique du soignant, son rapport à l'institution, la place de son désir. Le soignant est ici particulièrement interrogé quant à son désir et sa tentative à combler le manque que lui fait vivre l'accueilli. Il en résulte une illusion, un imaginaire, l'idée par exemple d'une « unité » de l'institution,

de la maladie, une représentation « totale », sans nuance, de la personne prise en charge. L'analyse tend à déjouer les effets de l'imaginaire créés par le soignant pour se défendre des situations pénibles et/ou pour satisfaire son narcissisme personnel.

En pratique, la reconnaissance de cette dimension passe par l'acceptation de la dimension pluridisciplinaire des équipes. Il y a toujours un leurre à penser qu'une profession pourrait seule assurer la complexité des tâches d'une équipe. Dans ce travail, le clinicien ne peut qu'être sensible aux enjeux du symbolique (Clément, 1990), repérer les conditions de possibilités de la prise en charge clinique, différencier les tâches et les fonctions, se situer par rapport à la loi, sont autant de directions où se pose la question de la déontologie du soignant. Les conflits s'enfermeraient dans une specularité clôturante sans un appel à une « tiercéité » qui permet de reconnaître la place légitime de chacun.

L'équipe réunit des sujets dans un ensemble intersubjectif institutionnel, des pactes et des alliances inconscients fondent leurs liens institutionnels

Il s'agit de reconnaître la consistance d'une réalité psychique propre, issue des rencontres entre les sujets, réalité psychique qui a en retour des effets sur ces mêmes sujets. Dans cette logique coexistent différents niveaux d'analyse, celui du sujet et celui de l'ensemble. Dans cette perspective des ensembles intersubjectifs et transsubjectifs développée par René Kaës (1993, 1999). Les problèmes d'équipe s'expliquent *in fine* par les enjeux résultant de l'existence d'alliances ou de pactes auxquels participent inconsciemment les sujets, de « pactes dénégatifs » conditions de tout lien.

Dans toute institution existent des alliances plus ou moins conscientes entre les principaux partenaires. Quatre types peuvent être ici dégagés. Dans les institutions soignées les contrats qui ont une valeur symbolique nouent des rapports réglementés entre famille et professionnels (par rapport à d'autres institutions, étatiques souvent). Ces liens entre famille et équipe se doublent d'un « contrat narcissique » selon l'expression due à Piera Aulagnier (de l'une à l'autre un même idéal projeté sur le membre de la famille reçu par l'institution), d'une communauté de refoulement (de l'une à l'autre les mêmes refoulements quant à la sexualité infantile) et de dénis communs quant aux enjeux de séparation entre famille et institution.

Les conflits naissent souvent de l'intervention d'un soignant qui « rompt » les pactes et alliances tacites constituant une équipe. Il y a des choses dont on évite de parler, des manières d'agir qui font « déplacé », des attitudes communes à avoir par rapport aux familles ou aux personnes dont on s'occupe, etc. Entrer dans une relation trop privilégiée.

giée avec un adolescent ou autre, permettre à une famille d'entrer dans un lieu que les autres soignants réprovent, réclamer pour les résidents adultes d'un foyer les mêmes avantages que celle de l'équipe pour le repas, critiquer le consensus dans la manière dont certains enfants sont accueillis, servis à table, etc., autant d'écarts aux autres qui peuvent être sentis comme une attaque du « cadre » (au sens de Bleger) de l'équipe.

L'équipe est un groupe institué qui a une histoire et qui la porte aussi à son insu

Plusieurs travaux ont mis l'accent sur ce « passé sous silence » explicité par Jean-Claude Rouchy (1998). Cette dimension de l'analyse permet de maintenir une écoute au-delà des faits actuels, du côté de ce qui tente de s'exprimer dans ce qui a été dénié, forclos ou refoulé à l'origine de l'institution (Kaës, 1996 ; Pinel, 1996 ; Vidal, 1989 ; Fustier, 1999). Cette dimension de l'historicité est fondamentale en clinique, elle redonne une « épaisseur » au climat d'équipe, un sens dans le brouillage des problèmes d'équipe. Faire « rebondir » les questions de ce côté ne peut que résulter d'un long travail de co-construction avec l'équipe autour de son origine à partir d'une demande. Les problèmes peuvent prendre sens comme le retour sur la scène actuelle d'éléments traumatiques qui ont été tus et déniés dans l'équipe, au temps de sa fondation.

L'équipe a une histoire, certains faits sont connus, d'autres sont oubliés, d'autres enfin continuent à avoir une influence à l'insu de ses membres. Les conflits sont parfois surdéterminés par celle-ci. Deux exemples :

- Le décès d'un enfant en crèche. On le sait, la mortalité infantile était encore importante dans les établissements après 1945. Parfois, de tels décès sont de véritables traumatismes pour les personnes de la crèche et pour le groupe, la douleur jointe à la peur d'un procès, à un sentiment inconscient de culpabilité paralyse pour longtemps une équipe. Est-ce que cela pourra, plus tard, se parler ? Dans un établissement, le décès d'un bébé, par mort subite et inexplicable, ravive ces souffrances passées qui avaient été tues, pendant des années, dans la crèche ; dans un autre, des peurs irraisonnées subsistent pour la sieste ou lorsque les enfants se font mal.

- La crise passée d'un établissement. Une personne de l'équipe est partie avec grand fracas, toute l'équipe a été remplacée ou la direction a été changée, etc. L'équipe vit depuis dans une sorte de hantise d'une reproduction de ce passé douloureux, des faits « restent tabous ».

De tels événements font effraction et traumatisme pour une équipe s'ils ne sont pas parlés et élaborés en son sein : plusieurs années après, des peurs subsistent, des répétitions même peuvent

avoir lieu. Dans le premier cas, un « deuil groupal » ne s'est pas réalisé, les aspects tus par le passé ont insidieusement des influences sur l'insécurité que vit l'équipe ; dans l'autre, une personne est renvoyée, à nouveau, sans qu'aucune discussion n'ait pu avoir lieu : répétition.

Un soignant qui va délibérément à l'encontre des attitudes inconscientes de protection de l'équipe risque de raviver des souffrances non reconnues, des cicatrices encore vives malgré le temps. Les problèmes d'équipe, les conflits peuvent être une tentative maniaque de ne pas penser le vécu commun du groupe ; mieux vaut accuser un collègue que d'affronter un passé commun à cause de ce que l'on peut dénommer, après Freud, un « sentiment inconscient de culpabilité ».

L'équipe est le groupe qui met en place et gère les dispositifs institutionnels d'accueil des soignés, des personnes accueillies

L'exemple du courant de la psychothérapie institutionnelle, porté différemment par Paul-Claude Racamier (1973) et Jean Oury (1976), a démontré l'importance du dispositif institutionnel. Depuis, en psychiatrie, le dispositif de soin prend souvent explicitement en compte les différents dispositifs institutionnels qui rythment la vie quotidienne des malades ou personnes hospitalisées (Vidon et coll., 1989 ; Sassolas, 1999). Ce courant s'est aussi développé dans le secteur éducatif ou pédagogique (Vasquez, Oury, 1967). Les dispositifs sont pensés dans leur valeur structurante, symbolique, pour faire barrage à l'emprise pédagogique sur les élèves (Imbert, 1994) ou aux effets de l'imaginaire de la relation éducative dans les maisons d'enfants (Pain, 1987). Cette perspective a été aussi celle des grandes figures qui ont marqué le soin aux enfants psychotiques : Bruno Bettelheim (1974) à l'École orthogénique de Chicago et Maud Mannoni (1976) à Bonneuil.

Dans les espaces du cadre institutionnel s'actualisent les conflits d'une équipe. Les conflits de personnes surgissent à l'occasion de questions tournant autour des horaires, des espaces et territoires de chacun, des conditions matérielles de travail, des entrées et sorties des accueillis, des relations avec la famille, des modalités d'accompagnement au quotidien des enfants, etc.

Différentes lignes explicatives sont ici possibles selon l'aspect du cadre pris en considération. Il est le lieu de la réalité d'un environnement proposé (Bettelheim, 1974 ; Racamier, 1973), de dépôt de la partie synchrétique des individus (Bleger, 1966), comme il est, aussi, la marque symbolique de l'institutionnel (Mannoni, 1976 ; Legendre, 1985), comme il contient le « contre-transfert anticipé » des différents dispositifs des praticiens (Rouchy, 1998).

Ce qui se « transfère » sur le cadre institutionnel doit pouvoir être identifié. La notion globale de « transfert institutionnel » ou de « transfert collectif », comme l'utilise Roger Zagdoun (1989) pour envisager une « cure collective », me semble d'un usage délicat car elle risque d'assimiler le cadre institutionnel au cadre de la cure individuelle, de les confondre. Un travail d'analyse peut être, en revanche, conduit à partir de situations concernant l'utilisation des dispositifs institutionnels en équipe (Fustier, 1999), ce regard porté sur l'équipe, sa tâche et ses moyens, peut avoir des effets sur les relations interpersonnelles en son sein. Réciproquement, ces relations peuvent trouver une de leurs origines dans des options différentes quant à la perception du dispositif, ce qui était conflit entre une infirmière ou un éducateur et leur équipe apparaît comme une modalité différente de prise en charge de l'accueilli. Poser la réflexion en ces termes permet « par ricochet » de désamorcer les enjeux personnels et privés, propres à tout conflit d'équipe.

Dans l'équipe, des soignants sont pathologiques

La personnalité autoritaire a été très tôt un objet d'étude en psychologie sociale. Il est acquis que l'institution est le lieu de la pulsion de mort, comme Eugène Enriquez, par exemple, l'a montré (1987), elle peut même avoir une structure pathologique (Kernberg, 1996). Certains membres peuvent être ainsi porteurs de processus destructeurs ou même constituer la source de tels actes selon André Sirota (1995) et Emmanuel Diet (1996). La résonance de la pathologie chez le soignant constitue une voie complémentaire d'analyse. On ne peut sous-estimer cet aspect mais il ne prend sens que dans la mesure où le repérage de tels processus pathologiques peut être articulé avec le fonctionnement groupal de l'équipe et de l'institution.

Cette problématique psychopathologique est à utiliser avec prudence. Dans tout conflit d'équipe, l'arme spontanément utilisée est de disqualifier l'autre en lui attribuant un caractère pathologique : « c'est un pervers », « il est paranoïaque », « il est malade », etc. Cette qualification repose d'abord sur un processus d'évacuation de la souffrance qui consiste à attribuer à un autre la cause des difficultés. Cette analyse ne peut ainsi être conduite en ces termes sauf à majorer le conflit et à le solidifier dans ses antagonismes. Pourtant il ne fait aucun doute que la pathologie des individus puisse prendre une importance telle dans les équipes qu'elle alimente, voire créer des conflits (on peut même penser que le fonctionnement institutionnel « normal » repose sur ce « tropisme » des individus à abandonner leur faculté de penser). Dans ce cas, il faut pouvoir soigneusement repérer le processus

pathologique incriminé, si la perversion a un tel impact c'est en raison de la situation actuelle et passée de l'équipe, en raison de ses difficultés à affronter des souffrances qu'elle dénie.

Au niveau de l'intervention, le clinicien doit être prêt à contrer de tels processus, ce qui dépendra en grande partie de la solidité de son cadre de travail : les processus pathologiques ne peuvent que se retourner contre lui quand les personnes actives se sentiront « dévoilées ». Le clinicien risque de faire les frais d'une tentative de prise de conscience d'un dysfonctionnement dans l'équipe.

Toute manifestation pathologique repose sur des souffrances, c'est à ce niveau que se situe une possibilité clinique de travail et d'intervention. Une attitude unilatéralement empathique est cependant souvent, ici, vouée à l'échec. Quand ce qui fait loi entre les individus est malmené, transgressé ou délibérément détourné de son sens, l'intervention peut se faire plus ferme comme l'indique Alain Sirota (1985). La perception de la souffrance commune du groupe primerait sur de possibles identifications aliénantes au leader « négatif ».

L'équipe est le réceptacle des anxiétés des personnes accueillies

L'équipe est un groupe qui a la particularité d'être directement en contact avec les accueillis dans ou par l'institution, elle a pour objet d'investissement libidinal ces personnes comme elle est leur objet privilégié d'investissement. Elle est ainsi directement sous l'impact de leurs émotions ou affects. La fonction contenante de l'équipe traduit le travail qu'elle a à accomplir pour percevoir, recevoir, contenir et transformer les anxiétés issues des personnes que l'institution doit soigner (Menziès Lyth, 1988 ; Geissmann, 1991 ; Hochmann, 1984 ; Mellier, 1997, 2000). Les problèmes d'équipe traduisent les effets de « contenus », issus des accueillis, non élaborés par les accueillants. Il s'agira alors de concourir à créer des « espaces de contenance » dans le travail quotidien des pratiques ou de leur élaboration, des dispositifs où puissent se développer des « micro-observations » pour résister, selon Ophélie Avron (1990), à l'immobilisme ou à l'activisme qui guette un clinicien « pris » par ces anxiétés.

Cette problématique provient de l'identification d'une fonction contenante ou fonction de « contenant » : il s'agit d'une fonction qui indique le travail psychique à accomplir pour recevoir, contenir et penser des éléments bruts de sens, insensés ou très primitifs comme les anxiétés primitives ou éléments bêta de Bion. Ces éléments deviennent « psychiques » suite à cette transformation – sensations, figurations, idées. Ces contenus ont reçu un « contenant », ils peuvent alors alimenter la production de nos rêves, rêveries, fantasmes ou pen-

sées. Elle est indissociable du mécanisme de l'identification projective : un sujet attribue à un autre, consciemment ou non, une idée, un sentiment ou un affect, c'est-à-dire un « contenu », que l'autre ainsi doit recevoir, héberger en lui. Plus ou moins consciemment, il en devient le « contenant ».

Cette notion s'applique ainsi aux équipes qui ont, quelle que soit leur tâche, à contenir les « contenus » non métabolisés des personnes reçues, hébergées ou soignées. À ce niveau elles sont, malgré elles, le réceptacle de leurs anxiétés ou angosses. Les équipes peuvent avoir des difficultés à reconnaître et contenir ces anxiétés : dans le déni de sa souffrance, un sujet n'émet pas de demande, les anxiétés associées à l'entrée dans l'institution accentuent, au premier abord, la culpabilité des équipes, leurs possibilités de contenance sont limitées. Dans leurs efforts pour contenir malgré tout cette violence vis-à-vis de l'accueilli, les équipes sont aux prises avec des tensions difficiles à évacuer. Des « cibles de substitution » (Fustier, 1987) sont utilisées : stigmatisation des problèmes, accusation de tiers, déplacement et projection du négatif sur un collègue, une autre équipe, sur la famille, les autorités, etc.

Les conflits d'équipe sont l'issue privilégiée de ces problèmes, les anxiétés « naviguent » entre les professionnels, ils sont gardés par « contention » pour ne pas être agis, renvoyés aux personnes dont ils ont la charge. Paradoxe, de tels conflits ne sont ainsi pas forcément négatifs du point de vue plus large du fonctionnement institutionnel. À la limite on peut se demander où passent de telles anxiétés quand une équipe maintient à tout prix une zone de non-conflit entre ses membres. Dans de telles situations, les dénis des différences entre les professionnels s'accompagne d'une majoration de la stigmatisation (« le terrible », le « clown », le « débile »...) et des cibles de substitution quasi internes, comme les parents ou les familles, ou externes comme les autres établissements voisins qui œuvrent dans le même sens. L'intervention passe d'abord par la réception de ces « contenus » issus des accueillis. Sinon, l'équipe peut être confortée dans ses propres dénis et dans la rigidité de ses pactes ou alliances vis-à-vis de ces souffrances.

De ce fait, l'intervention doit se dégager des problèmes en miroir que suscitent les conflits, avec l'injonction de prendre parti pour l'un ou l'autre camp. J'ai développé l'idée qu'en déployant des « espaces de contenance » pour traiter directement les souffrances des accueillis, on agit indirectement et le plus sûrement possible sur de tels conflits. La perspective nécessite, en revanche, du temps, plusieurs mois, mais elle aboutit à une autre considération de l'équipe vis-à-vis des besoins des personnes prises en charges et *ipso facto* à une baisse de ses conflits internes. J'ai rencontré de tels pro-

cessus dans des établissements accueillant de jeunes enfants : à une demande de résolution de conflits dans l'équipe, la réponse fut celle d'un travail régulier avec l'équipe sur l'accueil des bébés (sous la forme d'analyse mensuelle de situations) ; deux ans après l'équipe, témoignait d'un climat où les problèmes incessants dans le personnel avaient disparu. Une réorientation du projet de l'équipe, de sa tâche en a résulté.

L'équipe peut se représenter son fonctionnement à travers l'élaboration de « cas » institutionnels

À partir de cas qui posent problèmes dans l'institution, l'équipe peut être amenée à penser « collectivement » ce patient, cet enfant, cet adolescent ou cet adulte comme symptomatique de ses propres difficultés et, parfois, de relations interpersonnelles au sein de ses membres (Cahn, 1987 ; Penot, 1983). La pathologie de l'accueilli entre en résonance avec le psychisme des accueillants, elle se diffracte dans leurs différentes relations. Penser celle-ci, c'est penser aussi les liens de l'équipe, de l'accueillant avec l'accueilli. Cette représentation passe d'abord par des processus de figuration (Duez, 1996) sur la scène institutionnelle, représentation en chose ou en acte nécessaire avant de pouvoir se formuler en mots.

Quand une équipe arrive à se réunir et à réfléchir autour d'un même problème que pose un patient, un élève, un résident ; etc., les points de vue de chacun de ses membres peuvent entrer en opposition, en collusion ou en association. Cette équipe forme un groupe de travail au sens de Bion, elle réalise une « association de points de vue ». De cet échange peut surgir, pour tous, un nouveau point de vue. Tout se serait passé comme si ce dernier avait déposé ou fait vivre une facette de sa personnalité à travers chacun des membres de l'équipe, cette diffractation de son problème se retrouve dans la confrontation des points de vue (ou *vertices* pour reprendre l'expression de W. R. Bion) ; la réunion permet de rassembler, tel un kaléidoscope, ces différentes perspectives. Le groupe a créé une pensée (Neri, 1995).

Cette perspective clinique se développe de plus en plus (4), elle est fondamentale et opérante tant pour la qualité du soin que pour le climat de travail des accueillants. Les conflits de personnes ont ensuite moins d'ampleur, ils sont, en quelque sorte, délestés d'une charge importante d'affects qui devait provenir de la position que ces personnes avaient vis-à-vis de ceux pour qui elles travaillent.

(4) Elle est devenue ainsi la référence implicite utilisée pour la formation clinique des psychologues dans bon nombre d'universités en France. De nombreux autres travaux mériteraient aussi d'être cités.

A priori non centrée sur les conflits de personnes dans l'équipe, elle a pourtant comme effet, à plus ou moins long terme, de les apaiser.

Cette voie reprend potentiellement l'ensemble des pistes précédentes en tissant un réseau de relations à partir d'un questionnement sur un sujet accueilli : à travers l'analyse d'un « cas » institutionnel, le soignant peut penser la place de son désir ; la pensée commune développée dans l'équipe permet que soient réaménagés les alliances et pactes tenus en commun, que soit ré-interprétée l'histoire de l'institution ; l'analyse des effets des dispositifs permet souvent une autre perception de leurs utilités ou conceptions ; souvent, la psychopathologie d'une personne qui avait une influence négative sur l'équipe ne change pas mais le groupe n'accrédite plus ses attitudes, faits ou manières de nier les problèmes ; le travail commun sur le cas a des effets « contenant », directement vis-à-vis du sujet qui pose question et indirectement entre les personnes ; un sens nouveau surgit dans la perception des difficultés de ce sujet, le « cas » n'est plus enfermé dans une étiquette, il apparaît dans une singularité représentative des autres situations.

Vu les grandes variations du niveau de l'analyse, il est certain que le « cas » qui peut être travaillé de manière groupale au sein d'une équipe (ou d'un de ses sous-groupe plus exactement) ou dans un groupe de supervision ne peut jamais être abordé si exhaustivement dans toutes ces directions à la fois. Il n'en reste pas moins que cette perspective se situe au point de nouage des problématiques de l'accueilli et de l'accueillant et de leurs cadres, tant institutionnels que groupaux.

Une vignette issue de crèches où nous avons analysé en détail la dynamique des équipes nous servira d'illustration.

À la crèche, il y a une relation privilégiée entre Sylvie et Gabriel : dès qu'elle sort de la pièce il pleure et se colle aux vitres pour essayer de la voir. Au repas, de même s'il la voit, il refuse de manger ce qu'une autre puéricultrice lui donne mais accepte, après, avec elle. De son côté, elle essaie de ne pas le favoriser par rapport aux autres, mais elle aime s'occuper de lui pour tous les soins et le prendre sur elle. Il y a un attachement réciproque entre eux (Mellier, 2000).

Les conflits, on peut les imaginer entre les puéricultrices, Sylvie se voit reprocher le favoritisme qu'elle accorderait à Gabriel, « c'est son chou-chou », « quand elle n'est pas là il n'y a plus de problèmes », ont été des propos entendus. Dans cette tension, tout détail de la vie quotidienne peut devenir le prétexte à porter une accusation, à développer des critiques « Tu n'as pas vu ce que tu as fait ? À quoi tu penses en ce moment ? »

Ne nous arrêtons pas à la particularité de l'institution-crèche, ceci n'est pas propre à la crèche :

remplacez « bébé » par « accueilli » (enfant ou adulte), « puéricultrice » par « éducateur », « infirmière », « enseignant », « psychologue » même, nous retrouvons des configurations similaires dans toutes les institutions de soin ou d'éducation (voir par exemple Fustier, 1999).

On pourrait envisager ici les sept voies d'élaboration suivantes :

1° Sylvie peut faire un travail sur elle-même (dans un groupe d'analyse de la pratique, au sein de la crèche ou à l'extérieur), son propre roman familial, sa motivation de jeune diplômée, son « désir d'enfant », etc. peuvent être les thèmes de cette analyse.

2° En s'attachant de manière si directe et exclusive, elle rompt un « pacte tacite » dans cette crèche où les puéricultrices maintenaient, retenu à un moment, leur propre engagement affectif envers les bébés. « Toute la crèche est contre elle », pourrait-on dire. Mais, surtout, dans cette situation se trouvait déniée l'angoisse que Gabriel avait pu ressentir en venant pour la première fois à la crèche.

3° Situation d'autant plus intolérable, situation paradoxale, parce qu'elle avait été celle de beaucoup d'autres avant, notamment d'une puéricultrice dans le passé qui emmenait chez elle les enfants...

4° Situation qui pourrait, par exemple, être abordée lors d'une réflexion plus poussée sur le repas : qui prend qui ? comment sont répartis les enfants ? y a-t-il une continuité dans les soins ? etc. Une telle relation peut se travailler à l'occasion de l'analyse de ce « dispositif » institutionnel.

5° Psychopathologie d'une puéricultrice qui se débrouille pour maintenir « sous sa coupe », sous emprise, des enfants qu'elle « séduit ». Relation perverse que personne ne peut contrer s'il s'agit, notamment, d'une personne qui a un pouvoir hiérarchique.

6° Situation bloquée car l'équipe est, sans arrêt, sous l'impact des pleurs des bébés, de souffrances qu'elle ne trouve pas les moyens de contenir. Un climat de tension se développe – insatisfaction de ne pas répondre aux besoins des enfants, culpabilité déniée, plaisir « volé » – la situation active les conflits entre les personnes, les rendent aigus.

7° Situation exemplaire en ce qu'elle provient aussi de l'action de Gabriel sur son entourage. Il a 9 mois, il investit très positivement Sylvie, il reproduit sur elle sa relation avec sa mère et reporte sur les autres tout le négatif qu'il peut intégrer dans cette situation de séparation. Nous sommes proches de l'angoisse devant l'étranger. Comment une puéricultrice peut-elle recevoir son refus, voire sa peur, quand elle s'approche de lui ? Ce clivage de l'enfant se reproduit dans son entourage. Ce sont ensuite les puéricultrices qui, entre elles, ne peuvent s'entendre, comme lui n'arrive pas à faire coexister

dans sa psyché les expériences agréables avec sa mère et la peur ou la colère qu'elle lui inspire.

Ce cas représente une version assez « secondarisée » de conflit, même s'il peut devenir destructeur par la charge envieuse qu'il suscite au sein du groupe, la problématique de « la rivalité » peut devenir très vite dépassée. Des situations sont plus dramatiques quand elles mettent en jeu la violence, l'intolérance ou la haine. Le cas institutionnel est alors celui d'une personne que l'on rejette, « il n'a pas sa place dans l'institution », la violence pouvant être, d'un autre côté, à l'image de celle de ces sujets accueillis et engendrer des situations où les lois se trouvent transgressées.

L'ÉQUIPE, UNE RÉALITÉ PSYCHIQUE SINGULIÈRE

L'ensemble de ces propositions conduit à penser que les « problèmes d'équipe » qui sont présentés principalement, voire exclusivement, comme des conflits de personnes, trouvent par association et élaboration une résonance et des racines plus ou moins importantes dans la problématique psychique particulière d'une équipe.

Ceci pourrait permettre de comprendre un fait étonnant que l'on peut parfois constater en travaillant dans de nombreuses équipes. On assimile souvent les « problèmes d'équipe », ces conflits, aux problèmes réels que rencontre une équipe : ils ne seraient que *le reflet* du travail de celle-ci. Deux cas de figure contredisent cette règle :

- certaines équipes n'affichent aucun conflit de personnes, aucun « problème d'équipe ». Pourtant de sérieuses questions se posent sur la capacité de l'équipe à travailler (le passage vers de tels conflits représente, pour elle, un progrès dans la reconnaissance de la vie qui y circule).

- des équipes traversent des moments conflictuels, jusqu'à la crise parfois, tout en maintenant un degré d'attention important pour les accueillis (tout se passerait comme si la dimension conflictuelle du travail se localisait dans les relations entre les membres de l'équipe pour éviter qu'elle n'envahisse le travail avec les personnes dont ils ont la charge).

Il n'y a pas de correspondance biunivoque entre les conflits des membres d'une équipe et la structuration et le travail de celle-ci. Ceux-ci apparaissent ainsi comme des « symptômes » dont le sens est chaque fois à créer, ils sont plutôt *l'indice* d'une conflictualité psychique qui reste à découvrir dans l'intersubjectivité des liens de l'ensemble institutionnel.

Au terme de ces réflexions méthodologiques, l'équipe apparaît comme un groupe institué qui a son histoire et un fonctionnement psychique qui lui est propre. C'est cette réalité clinique issue de la

pratique qui nous avait engagé à rechercher et proposer un nouveau concept, celui d'un « appareil psychique d'équipe » (Mellier, 1999). Construit sur le modèle d'un appareil psychique groupal dégagé par René Kaës, il aurait la particularité de résulter d'une exigence de travail psychique autour d'un lien *institué* entre accueillant et accueilli, travail réalisé par les équipes. En effet, à la différence d'un groupe particulier réuni autour d'une tâche et mu par une vie imaginaire résultant de la conjonction de celle de ses membres, l'équipe est, dès le départ, articulée avec d'autres groupes : d'abord, les personnes vers lesquelles se tourne sa tâche, mais aussi des partenaires, comme les familles ou autres institutions, ou les groupes administratifs, gestionnaires ou politiques qui l'encadrent. De même que la famille constitue un appareil psychique groupal particulier, car centré sur les liens de l'alliance et de la filiation, les équipes sont des groupes centrés sur l'institutionnalisation d'un lien, d'un rapport, entre les accueillis et les accueillants. Cette hypothèse pourrait nous permettre d'explorer avec plus de précision les enjeux institutionnels, mais il s'agirait d'un autre développement.

Ce travail d'analyse clinique est important car, sans lui, on risque de se laisser envahir par une désillusion radicale qui, souvent, habite inconsciemment les soignants : l'institution ne devrait pas exister ! (5) Tout se passerait comme si les soignants portaient un profond sentiment inconscient de culpabilité, hérité vraisemblablement du passé de l'institution et de la part de culpabilité que chacun porte en soi. En revanche, envisager cette souffrance dans une équipe c'est arriver à percevoir le travail qu'elle réalise déjà, les problèmes passés qu'elle a rencontrés, les obstacles sur lesquels elle a buté. Tout ce travail d'analyse réalisé en commun peut alors apporter un « plaisir à penser ensemble », c'est une possibilité qui amène le sujet à se situer dans un rapport plus transitionnel avec son équipe (Caron, 1998).

La fonction d'un psychologue est ici essentielle en institution. Il doit pouvoir prendre en compte la réalité psychique institutionnelle, une implication risquée « entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnel » comme le formulait René Clément (1985). Son intervention rencontre toujours la problématique des équipes mais sous de multiples formes. Trois cas seraient à distinguer selon que le travail se situe *directement* sur l'équipe (en supervision, pour une demande d'aide en

(5) On retrouve cette remarque dans l'enquête de Navelet et Guérin-Carnelle (1999) citée en tête de cet article : « On note l'émergence d'une question brutale - les instituts médico-éducatifs doivent-ils exister ? - en relation avec les problèmes posés par la coexistence d'actions éducatives et thérapeutiques » (p. 56).

situation de crise, pour l'élaboration du projet de l'établissement ou l'étude de dispositifs de soins, pour un travail d'élaboration de la pratique), en équipe (les différentes réunions, groupes et entretiens) ou autour de l'équipe (lors de bilans ou de prises en charge, notamment thérapeutiques, effectués seul). Dans chaque cas, le clinicien participe au « travail d'équipe » en direction des accueillis mais dans des positions et des dispositifs différents et avec des effets qui restent à étudier.

Les problèmes d'équipe, les conflits sont inhérents à la vie des groupes et aucun changement en institution ne peut se réaliser sans opposition et sans soulever des conflits. Il ne s'agit pas de les éradiquer, mais de reconnaître toutes leurs portées, de les apprécier à leur juste valeur et de reconnaître en deçà les processus complexes de la prise en charge collective des personnes en institution.

RÉFÉRENCES

- ANSERMET (François), SORRENTINO (Maria-Grazia).— *Malaise dans l'institution. Le soignant et son désir*, Paris, Anthropos-Economica, 1991.
- ANZIEU (Didier), MARTIN (Jean-Yves).— *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 1968.
- BARUS-MICHEL (Jacqueline).— *Le sujet social. Étude de psychologie sociale clinique*, Paris, Dunod, 1987.
- BARUS-MICHEL (Jacqueline), GUIST-DESPRAIRIES (Florence), RIDÉL (Luc).— *Crises. Approche psychosociale clinique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
- BEJARANO (Angelo).— « Résistance et transfert dans les groupes », 1972, dans Kaës (René) et coll. *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod, 1975, p. 65-140.
- BETTELHEIM (Bruno).— *A home for the heart*, 1974, trad. fr., *Un lieu où renaitre*, Paris, Robert Laffont, 1975.
- BLEGER (Jose).— *Psychanalyse du cadre psychanalytique* [1966], dans Kaës (René) et coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979, p. 255-274.
- BLEGER (Jose).— *Le groupe comme institution et le groupe dans l'institution*, dans Kaës (René) et coll. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1971.
- Éthique en psychologie et déontologie des psychologues, *Bulletin de psychologie*, 53, 1, n°445, janv.-février 2000, p. 3-152.
- CAHN (Raymond).— *Approche métapsychologique du processus thérapeutique en institution de soins pour jeunes psychotiques*, *Perspectives psychiatriques*, 8, 3, 1987, p. 153-160.
- CARON (Françoise).— *De l'espace transitionnel dans les institutions soignantes, conclusions provisoires*, *Psychologues et psychologie*, 141, 1998, p. 37-39.
- CLÉMENT (René).— *De la prise en compte de la réalité institutionnelle à la prise en charge de la réalité psychique*, *Bulletin de psychologie*, XXXVIII, n° 370, 1985, p. 383-388.
- CLÉMENT (René).— *Le psychologue praticien du Psychique*, *Bulletin de psychologie*, XLIII, 394, 1990, p. 194-203.
- Clinique et éthique, *Psychologie clinique* (2000) n° 5.
- DIATKINE (Gilbert).— *La cravate croate : narcissisme des petites différences et processus de civilisation*, *Revue française de psychanalyse*, LVII, 4, 1993, p. 1057-1072.
- DIET (Emmanuel).— *Le thanatophore*, dans Kaës (René), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996, p. 121-159.
- DORÉY (Roger).— *L'amour au travers de la haine. Nouvelle revue de psychanalyse*, 1986, p. 75-94.
- DUEZ (Bernard).— *Psychopathologie de l'originaire et traitement de la figurabilité*, dans Kaës (René), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996, p. 161-203.
- ENRIQUEZ (Eugène).— *Le travail de la mort dans les institutions*, dans Kaës (René) et coll., *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1987, p. 62-94.
- ENRIQUEZ (Eugène).— *L'organisation en analyse*, Paris, PUF, 1992.
- ENRIQUEZ (Micheline).— *Aux carrefours de la haine*, Paris, Desclée de Brouwer, 1984.
- FREUD (Sigmund).— *Psychologie collective et analyse du Moi* [1921], dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983, p. 117-218.
- FREUD (Sigmund).— *Malaise dans la civilisation* [1929], Paris, PUF, 1971.
- FUSTIER (Paul).— *L'infrastructure imaginaire des institutions*, dans Kaës (René) et coll., *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1987, p. 131-156.
- FUSTIER (Paul).— *Les corridors du quotidien*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1993.
- FUSTIER (Paul).— *Travail d'équipe. Clinique de l'institution médico-social et psychiatrique*, Paris, Dunod, 1999.
- GEISSMANN (Claudine), GEISSMANN (Pierre).— *Études psychanalytiques des modèles identificatoires en institution thérapeutique pour enfants psychotiques*, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 10, 1991, p. 110-125.
- HOCHMANN (Jacques).— *Pour soigner l'enfant psychotique. Des contes à rêver debout*, Toulouse, Privat, 1984.
- IMBERT (Francis).— *GRPI, Médiations, institutions et loi dans la classe*, Paris, ESF, 1994.
- KAËS (René).— *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996.
- KAËS (René).— *L'appareil psychique groupal. Construction du groupe* [1976], 2e éd., Paris, Dunod, 2000.
- KAËS (René) et coll.— *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1987.
- KAËS (René).— *Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs*, dans Missenard (André) et coll., *Le négatif. Figures et modalités*, Paris, Dunod, 1989, p. 101-136.
- KAËS (René).— *Le groupe et le sujet du groupe. Élé-*

- ments pour une théorie psychanalytique des groupes, Paris, Dunod, 1993.
- KAËS (René).— Clinique des groupes, dans Séchaud (Evelyne) et coll., *Psychologie clinique. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod, 1999, p. 217-253.
- KERNEBERG (Otto).— L'évolution paranoïaque dans les institutions, dans Kaës (René), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996, p. 81-105.
- KIPMAN (Daniel).— L'équipe soignante : une contradiction opérante, *Bulletin de psychologie*, XXXVI, 360, 1983, p. 625-629.
- LEGENDRE (Pierre).— *Leçons IV. L'inestimable objet de la transmission. Étude sur le principe généalogique en Occident*, Paris, Fayard, 1985.
- Le groupe et l'institution, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 32, 1999.
- MANNONI (Maud).— *Un lieu pour vivre. Les enfants de Bonneuil, leurs parents et l'équipe des « soignants »*, Paris, Le Seuil, 1976.
- MELLIER (Denis).— L'équipe comme objet contenant. La relation privilégiée et capacité évolution de l'institution, dans Grappin (Jean-Jacques), Guettier (Blandine), *L'institution et le groupe d'enfants*, Toulouse, Érès, 1997, p. 27-35.
- MELLIER (Denis).— L'appareil psychique d'équipe ou le travail intersubjectif des liens entre accueillants et accueillis en institution, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 32, 1999, p. 51-61.
- MELLIER (Denis).— L'individu et l'équipe, W. R. Bion, l'institution et la conflictualité, *Cahier de psychologie clinique*, 14, 2000, p. 163-187.
- MELLIER (Denis).— *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés*, Paris, ESF, 2000.
- MENDEL (Gérard).— L'institution au double péril de l'organisation et de l'inconscient, perspectives socio-psychanalytiques (1971-1997), *Revue internationale de psychosociologie*, III, 6-7, 1997, p. 117-128.
- MENZIES LYTH (Isabel).— *Containing anxiety in institutions : selected essays*, Londrés, Free association books, 1988.
- NAVELET (Claude), Guérin-Carnelle (Brigitte).— *Psychologues aux risques des institutions*, Paris, édition Frison Roche, 1999.
- NERI (Claudio).— *Gruppo* »[1995], trad. fr. *Le groupe*, Paris, Dunod, 1997.
- OURY (Jean).— *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Payot, 1976.
- PAIN (Jacques), Grapi.— *Placés vous avez dit ? Méthodes actives et pratique institutionnelle en maison d'enfants*, Vigneux, Matrice éditions, 1987.
- PENOT (Bernard).— Dépsychotiser en institution ?, *Bulletin de psychologie*, XXXVI, 360, 1983, p. 619-624.
- PINEL (Jean-Pierre).— La déliaison pathologique des liens institutionnels, dans Kaës (René), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996, p. 48-79.
- RACAMIER (Paul-Claude).— *Le psychanalyse sans divan, la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Paris, Payot, 1973.
- RIDEL (Luc).— Les somatisations institutionnelles comme expression des modalités de la relation individuelle inconsciente à l'institution-cadre, *Cahiers de l'IPPC*, 4, 1986, p. 109-124.
- ROUCHY (Jean-Claude).— *Le groupe, espace analytique. Clinique et théorie*, Toulouse, Érès, 1998.
- ROUSSILLON (René).— Espace et pratique institutionnelles. Le débarras et l'interstice, dans Kaës (René) et coll., *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, 1987, p. 157-178.
- ROUSSILLON (René).— *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 1999.
- SASSOLAS (Marcel).— *Le groupe soignant. Des liens et des repères*, Toulouse, Érès, 1999.
- SIROTA (André).— Agressions perverses dans les groupes de formation et leur endiguement, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 24, 1995, p. 157-169.
- VASQUEZ (Aïda), Oury (Ferdinand).— *Vers une pédagogie institutionnelle*, Paris, Maspero, 1967.
- VIDAL (Jean-Pierre).— Institution et position thérapeutique négative, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 13, 1989, p. 9-20.
- VIDON (G.), Petitjean (François), Bonnet-Vidon (B).— *Thérapeutiques institutionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37930 G10, w, 1989.
- ZAGDOUN (Roger).— Théorie de la mise en place du cadre institutionnel, *Santé mentale*, 100-101, 1989, p. 71-79.