

## INTERVENTIONS ET SUPERVISIONS INSTITUTIONNELLES EN ÉCHEC

Jean-Pierre Pinel

ERES | « Dialogue »

2017/4 n° 218 | pages 17 à 30

ISSN 0242-8962

ISBN 9782749256962

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<https://www.cairn.info/revue-dialogue-2017-4-page-17.htm>

---

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Interventions et supervisions institutionnelles en échec

*Jean-Pierre Pinel*

---

## Mots-clés

*Échec, espaces psychiques, institutions, métacadre, métapsychologie.*

---

## Résumé

Une revue de la littérature met en évidence que la question de l'échec est relativement marginalisée dans le champ de la clinique psychanalytique et plus encore dans celui de la clinique des interventions et supervisions institutionnelles. L'article se propose d'en ressaisir les raisons. Il propose l'hypothèse centrale selon laquelle l'échec constitue une forme principe de négativité et, partant, se voit contre-investi, notamment en une période culturelle privilégiant la réussite et l'excellence. En appui sur différentes configurations cliniques issues d'interventions institutionnelles conduites dans des institutions soignantes, l'article montre que différentes modalités de négativité se logent dans ce qui est recouvert par le terme englobant d'« échec ». L'échec prenant ainsi, dans la clinique, les significations extrêmement différentes de symptôme, de moment transitionnel ou enfin de situation d'anéantissement.

Cet article a tout d'abord pour objectif de caractériser et d'identifier les sources des échecs que l'on peut rencontrer lors de la mise en œuvre de dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles (APP) ou de supervision d'équipes dans des établissements ou services spécialisés à vocation soignante<sup>1</sup>. Dans un second temps, il visera à différencier

---

*Jean-Pierre Pinel, professeur des universités, université Paris 13 SPC, UTRPP EA 4403, psychologue clinicien, analyste de groupe et d'institution. jeanpierre.pinel75@gmail.com*

1. J'utiliserai de manière extensive le terme « institution de soin » pour désigner l'ensemble des services et établissements chargés d'accueillir ou d'accompagner des sujets dont la psychopathologie, les souffrances psychosociales ou sociales nécessitent le recours à une équipe de professionnels adossés à une organisation sociale complexe.

ces échecs et à en proposer une modélisation. Le propos, qui s'appuie une longue pratique d'intervenant en ces institutions spécialisées dans les champs psychiatrique, médico-social et social, se situera dans le prolongement d'une métapsychologie qui tente de ressaisir les interférences se nouant entre les espaces intra, inter et transsubjectifs (Kaës, 2015).

Auparavant il convient de souligner que les travaux et recherches analytiques centrés sur l'échec sont relativement rares. En ce qui concerne l'exploration de l'échec à partir de la situation de la cure, après les écrits fondateurs de Freud (1912, 1919, 1923) et l'ouvrage *princeps* de René Laforgue (1939), il faudra attendre les écrits d'André Green (1993) pour que la question reprenne une certaine centralité. Plus récemment, un article de Jean-Michel Porret (2005) réalise une revue de questions qui confirme cette relative marginalisation. À la lecture de ces rares travaux, il apparaît que l'échec a été traité, dans le champ psychanalytique, selon deux perspectives : d'une part, la *névrose d'échec* et, d'autre part, les échecs du traitement analytique.

C'est ce dernier point qui appelle notre attention. Dans la partie du livre intitulée « Considérations sur les échecs du traitement psychanalytique », André Green (1993) souligne que deux types de raisons ressortent de ces situations, toutes deux stériles et extrêmes. La première se situe dans le registre d'une autodévalorisation, que l'on pourrait désigner comme une atteinte du narcissisme du praticien, associée à un vécu humiliant d'incompétence. La seconde considère le patient comme responsable de l'échec du traitement : accusé d'incapacité ou de développer des résistances inanalyssables, il est la source de la stagnation ou même de l'aggravation de son état. Enfin, Green rajoute que l'interprétation accordant à la non-rencontre la source de l'échec ne serait pas une explication satisfaisante. La question de la réaction thérapeutique négative fait l'objet d'une attention spécifique. Jean-Michel Porret (2005), quant à lui, décale la perspective et caractérise trois grandes sources d'échec du traitement analytique : les résistances en rapport avec le dispositif analytique, les résistances liées à la question du transfert et celles qui se rattachent à des modalités particulières du fonctionnement psychique du patient.

Un constat similaire est à établir en ce qui concerne la clinique analytique des ensembles intersubjectifs. Si l'on effectue une recherche bibliographique sur cette thématique, il en ressort essentiellement des publications portant sur les traitements de l'échec dans les dispositifs de groupe ou de famille, plus particulièrement de l'échec scolaire. Et quasiment rien sur l'échec de l'analyste de groupe, de famille ou d'institution, que l'échec porte sur le processus, la méthode ou le dispositif.

Les sources manifestes de cette restriction sont multiples et surdéterminées. Mobilisant des enjeux narcissiques et cliniques, mais aussi stratégiques, en un moment où le modèle psychanalytique est si fréquemment décrié, évoquer des échecs thérapeutiques peut sembler faire le lit des attaques et des disqualifications actuelles du paradigme. L'on pourrait avancer que cette minoration de l'échec procède d'une récusation d'une position actuelle de fragilité : il est une voie de défense élective pour ceux qui se considèrent en position d'assiégé. Il est aussi à souligner, et cela vient sans doute renforcer de manière décisive les défenses contre l'échec, que notre hypermodernité a peu d'appétence pour les questions relatives aux limites et à la négativité – l'échec en est une figure princeps. Les temps sont ceux des battants et des gagnants, de la positivité et de la réussite, de la performance et de l'efficacité : les cliniciens – parfois universitaires – inscrits dans le modèle analytique ne sont pas indemnes de cette pression idéologique. Ils ont parfois intérieurisé, sur le mode de *l'incorporat* (Rouchy), la férocité des impératifs d'excellence ainsi que la collusion entre normes et idéaux, caractérisant le monde contemporain.

Engager une exploration clinique de l'échec, c'est consentir à élaborer ces résistances, c'est restituer une centralité à différentes figures de la limite et du négatif. La proposition que je souhaiterais développer est en effet la suivante : l'échec confronte frontalement à la question des limites, et plus largement à la négativité, qui constitue un fondement du paradigme analytique, qu'il se décline dans le champ intrapsychique, intersubjectif ou transsubjectif. Autrement dit, explorer les figures de l'échec, c'est approcher quelques singularités de la négativité, au sein même du processus ou du dispositif analytique. C'est également une modalité singulière d'exploration des voies de surgissement de l'inconscient dans ce qui rate ou échoue, qu'il se déploie dans les espaces intrapsychique, intersubjectif ou transsubjectif.

## **Les institutions à vocation soignante : une vulnérabilité de fond**

Ces institutions sont des ensembles transsubjectifs agencés à partir d'une vulnérabilité fondamentale. Cette fragilité répond en effet à une double nécessité : symbolique et clinique. D'une part, ces établissements et services ont à tenir une position intermédiaire pour assurer un pontage entre l'espace social commun et les sujets présentant une psychopathologie ou une pathologie sociale génératrice d'exclusion. Autrement dit, pour assurer leur fonction princeps de *remaillage d'une trame symbolique trouée et réinscrire des sujets pris dans la mésinscription* (Henri, 2004), ils vont se

situer en position articulaire entre l'espace social ordinaire et les différentes modalités et sites de l'exclusion. Cette fonction de pontage confronte les professionnels et l'ensemble qu'ils constituent à des situations limites. D'autre part, cette fragilité de fond est corrélative à une suffisante sensibilité à la vie psychique de l'autre et des autres : elle est ainsi inhérente à l'exercice de leur tâche primaire qui consiste à offrir un espace pour accueillir la détresse, le désaide, la déliaison et les débordements symptomatiques des sujets accueillis. Pour soutenir le remaillage de cette trame symbolique commune et relancer les processus de subjectivation, 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 psychopathologie, de l'exclusion, de la déliaison et de la destructivité. Elles ont ainsi à accueillir et contenir des désespérances et des violences déformantes, potentiellement désorganisatrices.

Pour supporter ces mouvements psychiques archaïques et violents, elles doivent se constituer dans une forme de paradoxe de fond, qui conjoint une suffisante malléabilité à une suffisante fermeté positionnelle, permettant de rétablir et un lien et un écart différenciateur, sans cesse défait, corrodés, toujours à reconstruire. Elles doivent ainsi réélaborer de manière réitérée des différenciations symbolisantes mises à mal, disqualifiées ou déniées par des patients qui exportent leur pathologie, leurs angoisses et leurs mécanismes de défense dans la psyché des praticiens, comme dans les systèmes de liens qui organisent leur appareillage.

Les équipes instituées ont ainsi à créer, et recréer sans cesse, divers adossements suffisamment emboités, afin d'accueillir et de soutenir les déformations qui leurs sont infligées tout en conservant leur consistance. La constitution d'une *fonction conteneur* (Kaës) et le maintien d'une *position articulaire* dépendent de la fiabilité des systèmes de liens, des étayages offerts par le cadre institutionnel et des soutiens d'arrière-plan provenant des organismes de gouvernance, des tutelles et des administrations d'État.

Or, cet *appareillage institutionnel* produit toujours différentes formes de négativité : les adossements multiples sont traversés par des mouvements de désemboîtement et de désétayage ; le travail d'accueil et de transformation engagé par les praticiens produit toujours du reste : du non métabolisé, de l'incontenable, du refoulé et du dénié. Les équipes instituées sont ainsi régulièrement débordées par certains patients et/ou par certaines pathologies qui les sidèrent ou les effracent. Ces configurations font violemment écho aux zones d'ombre de chaque professionnel ou se logent dans les lézardes qui traversent des liens intersubjectifs, voire révèlent les failles affectant les fondements du cadre institutionnel.

## Les demandes d'intervention dans les institutions à vocation soignante

Elles s'originent dans l'élaboration collective d'une *situation limite* ; elles transitent par une perception et une élaboration préalables, suffisamment partagées, des limites rencontrées dans le travail psychique nécessaire à l'accomplissement de la tâche primaire. Ce sont les difficultés, les obstacles, voire les impasses, rencontrés dans la clinique directe qui mobilisent des formes de souffrances psychiques plus ou moins aiguës : les praticiens sont appelés à accueillir des expériences émotionnelles extrêmes, à héberger des fantasmes meurtriers et/ou incestuels, particulièrement crus et violents, qui produisent des effractions de leur pare-excitation et des sidérations itératives, à valeur parfois proprement traumatique. Ces mouvements psychiques violents, chaotiques et confus engendrent régulièrement une atteinte des capacités de contenance et un épuisement des créativités singulières et collectives. Les dispositifs d'analyse clinique institués tels que les réunions de synthèse ou les études de cas n'exercent plus suffisamment leur fonction de métabolisation du négatif. Certains sujets, désignés comme des « cas difficiles », vont plus particulièrement susciter la représentation d'une mise en péril, voire d'un échec, des fonctions soignantes ou socio-éducative de l'équipe instituée. Il s'agit là d'une source essentielle des demandes d'intervention adressées à un tiers externe. Elles se formulent en termes *d'analyse de la pratique ou de supervision clinique*. La différenciation relève autant des champs cliniques concernés que du type de processus mobilisé<sup>2</sup>.

Dans un deuxième type de configuration, les violences, les attaques de la liaison et les projections scissionnelles se sont profondément inscrites dans les liens d'équipe et ont produit une modalité de résonance pathologique chronique. Des dissensions profondes, des antagonismes pratiques, théoriques ou idéologiques, mais aussi des traumatismes et des blessures narcissiques non élaborées engendrent le développement d'une pathologie des liens d'équipe qui se traduit par une incapacité à coopérer et à collaborer. Les praticiens ne parviennent plus à se constituer en un *groupe de travail* au sens de Bion (1961). Ils ne peuvent, du même coup, élaborer et mettre en œuvre des projets et des dispositifs institutionnels suffisamment cohérents, dotés de finalités et de significations partagées. Les instances de

---

2. Je ne développerai pas dans le cadre de cet article les spécificités des dispositifs d'interventions institutionnelles. Le lecteur intéressé par la question peut se référer à l'ouvrage de Jean-Claude Rouchy et Monique Soula Desroche (2004) et à ma contribution dans l'ouvrage collectif dirigé par Jean-Yves Chagnon (2014).

réunification du matériel clinique et d'élaboration collective sont parasitées, immobilisées et attaquées par les antagonismes, les disqualifications, les attaques narcissiques. L'intervenant est ici requis pour favoriser la réélaboration de liens d'équipe plus vivants, plus coopératifs et créatifs. En ces configurations, l'offre d'un dispositif d'intervention se formule essentiellement en termes de régulation d'équipe.

Dans une troisième configuration, l'institution est traversée par une crise qui atteint son cadre, ses fondements imaginaires et symboliques. Les valeurs, les idéaux, les projets, les modalités de fonctionnement et d'organisation sont attaqués ou vidés de leurs significations. C'est la structure de l'ensemble qui est à mettre collectivement en travail et à réélaborer, la pathologie des liens institutionnels s'est étendue à l'ensemble de la structure.

Lors des rencontres préliminaires, les demandes énoncées par les praticiens vont dès lors se ramener essentiellement à trois formulations originelles :

- Primo, l'aide à l'élaboration des pratiques, notamment en direction des cas difficiles, ce qui peut ouvrir à l'offre d'un dispositif d'analyse de la pratique ou de supervision ;
- Secondo, l'appel à un tiers afin de favoriser l'analyse et l'élaboration d'une pathologie des liens d'équipe, ce qui peut engager l'intervenant à proposer une régulation d'équipe ;
- Enfin, l'appel à la contenance et à l'élaboration d'une situation de crise ou d'effondrement du cadre institutionnel. Cette demande nécessite la mise en œuvre d'un dispositif d'analyse de l'ensemble, qui transite toujours par une relance des processus d'historicisation. Processus généralement gelés, car drastiquement contre-investis ou subissant une véritable tentative d'éradication. La reprise d'une dynamique plus créative suppose l'élaboration de certains éléments scellés dans la fondation de l'institution, relevant de confusions et de dénis généralement pris dans les systèmes d'idéaux, les valeurs instituantes, les mythes et la fantasmatique originaire<sup>3</sup>.

---

3. Une dernière demande est celle d'un accompagnement à l'amélioration créative du fonctionnement institutionnel, d'un accompagnement à l'évolution des structures et des pratiques organisationnelles qui transite essentiellement par la mise en œuvre d'un dispositif de recherche-action.

## Transgressions, attaques et mise en échec du dispositif d'intervention

La construction du dispositif d'intervention procède donc d'une découpe et d'une délimitation d'un registre de la réalité psychique institutionnelle. Cela signifie que l'instauration d'un dispositif d'intervention suppose d'écartier une partie de ladite réalité psychique institutionnelle et, partant, d'inscrire une limite qui produit un reste. C'est précisément l'énoncé d'une bordure protectrice et limitante qui va constituer l'organisateur essentiel de la relance du travail psychique collectif.

Toutefois, ma pratique d'intervenant me confronte à l'extension des mises en échec de cette découpe. Tout se passe comme si la négativité associée à l'offre d'un dispositif d'intervention devenait insupportée<sup>4</sup>. Cependant, différentes configurations cliniques sont à distinguer. Certaines transgressions des règles sont relativement bénignes et résultent des défenses et résistances narcissiques personnelles et groupales à exposer et à analyser les difficultés et les limites, vécus d'échec et zones de vulnérabilité professionnelle. Des plaintes collectives, diffuses, fluctuantes, sont énoncées et référées à quelque insuffisance du cadre institutionnel, manque de fiabilité des dirigeants, incohérences des tutelles ou déliaisons engendrées par les mutations contemporaines du métacadre. Ces manifestations résistantielles confrontent l'intervenant à un vécu d'échec. Ce dernier cédera dès lors que les résistances seront analysées et que l'intervenant aura pu garantir les limites d'un dispositif suffisamment contenant et protecteur du narcissisme de chacun. C'est essentiellement lorsque le cadre aura montré qu'il enraie les *disqualifications meurtrières de la professionnalité* (Gaillard, 2001a) qu'il pourra s'instaurer des liens de confiance suffisamment fiables. Confiance autorisant chacun à s'engager dans une forme de dévoilement et à évoquer ses modes d'investissement, ses interrogations et les zones d'ombre personnelles et groupales mobilisées dans la rencontre avec les patients-usagers. Le vécu d'échec transmis à l'intervenant en ces moments liminaires est à ressaisir comme un effet de l'identification projective. L'analyste est convoqué à accueillir et à transformer un affect et une angoisse, celle de la répétition d'un scénario narcissiquement blessant. Dans ces

---

4. Quelques précisions méthodologiques s'imposent ici : la mise en œuvre d'une intervention institutionnelle, quelle qu'en soit la singularité, suppose d'être précédée par un ou plusieurs entretiens exploratoires permettant de conduire un travail d'élucidation de la demande. Cette analyse de la demande permet secondairement de proposer un dispositif d'intervention approprié. Le dispositif est ainsi négocié, voire coconstruit, selon les demandes et les configurations d'équipe instituée. C'est après cet accord conjoint, et notamment lorsqu'un dispositif d'APP ou de supervision d'équipe a été instauré, que certains mouvements de transgressions ou d'attaques du dispositif peuvent être repérables.

moments, les mouvements contretransférentiels se déploient en des affects d'incapacité, d'impuissance et d'insuffisance narcissique et professionnelle.

D'autres entames sont moins bénignes que les précédentes et peuvent relever de ce qu'André Sirota (2006) a analysé comme une *attaque initiale du cadre*. Le repérage systématique de ces attaques et le recours à des interventions de démarcation vont dans les cas favorables soutenir une modification de l'économie groupale telle que l'ensemble s'autorisera à ressaisir et à dépasser la destructivité à l'œuvre. Le contretransfert atteint plus particulièrement le rapport de l'intervenant à ses repères théoriques et adossements méthodologiques. La tentation de modifier les coordonnées du dispositif, de transformer les règles, de leur arbitraire, doit faire l'objet d'une analyse serrée. Les agirs contretransférentiels associés à ces configurations sont les signes d'une *mise en échec durable* du travail de métabilisation du négatif pour l'intervenant.

Enfin, une troisième constellation institutionnelle, que j'ai observée extrêmement fréquemment durant ces dernières années, se révèle bien plus complexe, car profondément liée aux mutations actuelles du métacadre social et culturel. Je développerai davantage cette configuration qui confronte l'intervenant à un échec que je qualifierais de *radical*. Elle se manifeste de la manière suivante : alors que l'intervenant a instauré, avec l'assentiment explicite des membres de l'équipe instituée, un dispositif d'intervention précis, et plus particulièrement une supervision institutionnelle clinique, différentes manifestations individuelles et groupales vont en empêcher le déploiement. J'en ai identifié quelques manifestations qui peuvent se conjointre et se succéder au décours des séances de travail : les absences collectives et la désertification des séances, la dédifférenciation généralisée et la haine de la pensée, l'attaque des liens et la violence relationnelle agie. L'intervenant est saisi par une dédifférenciation généralisée qui invalide le dispositif mis en place. La désorganisation profonde qui traverse l'espace institutionnel surgit au décours d'une séance de supervision : elle était jusque-là indécelable, sans doute clivée et irreprésentée par les membres de l'institution. Un vague sentiment de malaise était cependant perceptible mais faisait l'objet d'un refoulement ou d'un déni commun établi d'emblée entre l'analyste et l'équipe instituée. Un fantasme sous-jacent associé à un présupposé de base de l'ordre du *couplage* (Bion) ayant probablement obéré sa perspicacité. Autrement dit, l'analyste est attendu, dans ces configurations, à une place impossible, celle de refondateur, voire de messie, de telle sorte qu'il se trouve frontalement déplacé ou convoqué à transgresser les limites qu'il a fixées. La déstructuration institutionnelle profonde, qui était jusque-là soigneusement défendue, se révèle dans toute son acuité et

engendre une forme d'*échec radical* pour l'intervenant : les coordonnées de son cadre de travail et les conditions de son écoute se trouvent bouleversées et paralysées<sup>5</sup>.

Cliniquement, ces constellations se rattachent à une discontinuité institutionnelle : elles peuvent être associées au contrecoup du départ d'un fondateur, d'un groupe associé à la fondation, se télescopant avec les mutations de structure exigées par les instances de gouvernance dans une stricte allégeance aux normes actuelles de *transparence* (Pinel, 2008). Au-delà des conditions concrètes de la perte du fondateur, ce qui fait trou dans la trame temporelle, c'est l'implantation d'un néo-modèle qui vient ruiner une histoire idéalisée. Simultanément, cet effondrement révèle que les fondateurs exerçaient jusque-là l'essentiel des fonctions instituantes, ainsi que des fonctions phoriques de porte-idéal, de porte-histoire et de porte-théorie de la pratique. Le départ de ces figures centrales provoquant ainsi un effondrement des organisateurs institutionnels. Tout se passe comme si la structure et les dispositifs institutionnels n'avaient pas été véritablement appropriés par les membres de l'institution. La prégnance de ce qui vaut à tout le moins comme manifestation clinique extrême m'a invité à ressaisir certains éléments engagés dans ces crises de structure. Des observations similaires, repérées lors d'interventions conduites dans des Itep, des Mecs, des centres de crise pour adolescents, mais aussi dans plusieurs services de psychiatrie, semblent indiquer que ces effondrements structurels sont probablement transversaux, affectant actuellement nombre d'institutions spécialisées. L'échec radical de la supervision institutionnelle est un révélateur des déstructurations institutionnelles prises dans les changements du métacadre.

Je proposerai ainsi de distinguer deux modalités de déstructuration empêchant, radicalement, la mise en œuvre de dispositifs d'intervention clinique en institution : les affrontements rivalitaires meurtriers et les ruptures de transmission. Je ne développerai pas ici les situations de conflits violents, profondément analysés par Georges Gaillard (2001b), qu'il a définis comme des *passages généalogiques meurtriers*. Il s'agit de configurations dans lesquelles une figure centrale doit laisser sa place à un successeur. La succession mobilise des enjeux de rivalité, parfois extrêmes, et engage différentes

---

5. Cet effondrement qui doit être comblé en urgence est transmis à l'intervenant qui se trouve appelé à réinstaurer un cadre de base, à recréer des valeurs partagées, et parfois sommé de revivifier le mythe fondateur. Il est en quelque sorte appelé en lieu et place de la fondation ou du fondateur disparu et, simultanément, il doit adhérer au déni de la perte, participant ainsi à abolir le passé et les dettes.

Les professionnels transmettent directement à l'intervenant un éprouvé de chaos associé à une abolition des différences et des limites instituées.

modalités de violences s'agençant selon des scénarios de filicide ou de parricide. L'héritage est indexé à une fantasmatique oedipienne, cependant infiltrée, à tout le moins, d'éléments archaïques, de l'ordre de la *violence fondamentale* (Bergeret, 1984). Les agirs d'élimination du rival procèdent d'une mixtion de cette violence pulsionnelle primitive avec des mouvements psychiques très secondarisés qui peuvent parfois emprunter à des mécanismes d'allure perverse. Ces conflits archaïques engendrent un effacement de l'histoire et du cadre institutionnel en agissant un fantasme d'auto-engendrement idéologisé, dans un registre organisé par le fantasme agi : « Du passé faisons table rase » ou encore : « Tout ce qui a été fait jusqu'ici ne valait rien. » Il n'y a plus de place pour déplier une pratique clinique associée à une tradition révolue considérée comme obsolète, dont aucune manifestation ne doit être ranimée. L'analyste a été sollicité manifestement pour participer au traitement des symptômes des patients, mais sa venue ravive trop directement le rapport à une histoire clivée. Il devra laisser la place aux orientations nouvelles et sa venue n'était qu'un alibi ou une manière de valider la fin d'un moment institutionnel. L'*échec radical* signe ici, plus qu'une impasse, une fin, la mise à mort d'un modèle de soins et d'une histoire institutionnelle.

Une autre configuration, convoquant l'intervenant à une modalité d'échec radical, se distingue de ces successions meurtrières au plan tant économique que dynamique. Pour les caractériser, j'engagerai le propos à partir d'une observation clinique récurrente qui a été un puissant moteur au travail de pensée : il s'agit de la découverte, révélée au décours de nombre d'interventions institutionnelles, d'un effacement des références cliniques, d'orientation psychanalytique, ayant constitué durant des décennies le fondement des pratiques partagées, d'un service, d'un établissement, voire d'un réseau d'établissements régis par une même association. Effacement qui s'est opéré sans qu'une intention délibérée et organisée n'ait présidé à cet acte.

Le récit récurrent qui est rapporté dans les premiers temps de l'intervention est le suivant : un changement, affectant la structure institutionnelle, engendré par la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation, d'une modification des instances de gouvernance ou plus encore du départ sur une courte période de plusieurs professionnels, cadres, psychistes, soignants, va se révéler dans un second temps catastrophique. Cette transformation produit de manière parfois accélérée une reconfiguration du cadre et de la culture institutionnelle attestée par une perte des références théorico-cliniques et une dévitalisation des dispositifs de travail plurisubjectifs. C'est-à-dire que l'équipe instituée semble agir une rupture de transmission, en

dépit de la présence de quelques professionnels – très expérimentés – censés se constituer comme les dépositaires du cadre et de l'histoire institutionnels.

Un affect massif d'impuissance est attaché au constat selon lequel il s'est engagé un mouvement irrésistible sur lequel les praticiens, et spécifiquement les anciens, n'ont aucune prise. Une mécanique implacable s'est enclenchée dans une forme *d'engrènement* (Racamier) et rien ne peut en infléchir le destin : celui d'un démontage du cadre institutionnel et de la culture soignante partagée sans qu'une intention manifeste d'éradication du passé paraisse opérer. Cette rupture est éprouvée par ceux que l'on va désigner comme les anciens comme une sorte de défaite, de ruine d'une histoire et d'annulation d'un passé porteur de valeurs instituantes et d'idéaux thérapeutiques ambitieux. Il s'instaure un fonctionnement chaotique : l'ancien modèle a perdu sa puissance organisatrice et rien n'est venu occuper la place vide.

L'intervenant est attendu, avidement désiré et simultanément récusé, préventivement attaqué : il occupe fantasmatiquement la place du fondateur idéalisé et haï. L'on se situe au-delà de l'ambivalence, dans un *scindage* (Racamier) traversant l'équipe instituée et chacun des professionnels. En quelques configurations, ce scindage n'a pu être élaboré ni transformé, donnant lieu à une fin de l'intervention : un *échec radical*.

## Conclusion : les trois figures de l'échec

Je souhaiterais ici soutenir la proposition selon laquelle les trois configurations cliniques qui viennent d'être présentées de manière ramassée recoupent trois figures princeps de l'échec : l'échec symptôme, l'échec critique et l'échec radical, qui dérivent des figures du négatif conceptualisées par René Kaës (2009).

*L'échec symptôme* résulte des processus de contre-investissement et des désirs d'effacement inhérents au fonctionnement psychique singulier, groupal et institutionnel. Qu'il s'agisse du refoulement, de la dénégation, du déni ou de la forclusion, l'appareil psychique doit éliminer ce qui fait souffrance, frustration, conflit avant de pouvoir s'approprier secondairement l'expérience psychique ; Freud en donne certaines figurations avec la métaphore du bloc magique ou avec celle du protiste. Effacement, toujours partiel, soumis à la répétition pulsionnelle, qui va convoquer le retour de l'exclu dans la formation du lapsus, de l'acte manqué, du symptôme et de ses avatars agis, voire délirants. Nous sommes là dans le champ des

différents ratés de la symbolisation. Les équipes instituées procèdent de manière similaire en tentant d'effacer les épreuves de souffrance, d'angoisse ou d'impasse rencontrées dans la clinique. Cet effacement est parfois le seul recours permettant de maintenir un investissement de la tâche primaire, en dépit des chronicisations, décompensations et ruptures qui font le lit de la clinique institutionnelle. Lorsqu'un dispositif appropriable et une écoute plurisubjective sont offerts à ces équipes, elles peuvent se risquer à lever les contre-investissements et à reprendre ce qui avait été mis en dépôt, en latence ou remisé dans des défenses plus serrées. À ce moment le processus d'élaboration groupale peut être relancé, de manière toujours précaire, soumis au retour du corefoulement et à l'attraction continue des alliances inconscientes.

*L'échec critique* renvoie, quant à lui, aux destins différentiels de qui est en attente et en souffrance dans les liens d'équipe. La potentialité de basculer dans une dérégulation durable, dans une pathologie chronique des liens institutionnels est associée à ces attaques violentes du dispositif. Il s'agit d'un échec critique au sens même où la crise est moment d'incertitude et moment décisif. Il est à pointer que ces attaques du dispositif s'accompagnent toujours pour l'intervenant d'une mise en question profonde de son vertex paradigmatic. La crise du dispositif est à ce moment *crise épistémique* (Guillaumin, 1979). Mais, de manière contrapuntique, cet échec critique sollicite la potentialité, c'est-à-dire la catégorie de ce qui pourrait advenir, de ce qui est en attente de mise en forme. Ou, pour le dire autrement, elle convoque les ratés et les aléas nécessaires à l'advenue d'une réalisation ou d'une création.

Enfin, *l'échec radical* se rapporte à une figure de la mort ou de la finitude. Il renvoie d'une part aux mécanismes mortifères d'extrémisation. Que cela transite par l'achèvement de mouvements de rigidification ou de dissolution, l'équipe instituée s'est engagée dans une aporie. Il n'y a pas d'autre issue que la mort de l'institution. Parfois ce seront les tutelles qui viendront sceller la fin, parfois une autre institution viendra absorber les dépouilles de l'ancienne structure qui a perdu toute créativité, tout rapport à la fondation, qui s'est ainsi définitivement coupée de la puissance originante. Il s'agit d'une faillite du projet fondateur qui n'a pu survivre aux profondes modifications affectant le cadre institutionnel : mutations provenant du *métacadre* (Kaës, 2012) social et culturel comme de l'ensemble intersubjectif formé par l'équipe et la direction de l'institution. Cet *échec radical* renvoie à un irreprésentable, celui de la mort d'une institution. Or, les institutions s'inscrivent dans une forme d'éternité, elles nous précèdent et nous survivront. Dès lors, ce qui est train de mourir, c'est un établissement ou un

service, mais, dans une forme de métonymie, cette disparition confronte les équipes et l'intervenant à l'impensable d'une rupture de transmission : celle d'une fondation et d'un projet soignant portés par des valeurs instituantes jusque-là partagées. Cette figure de l'échec mobilise de puissants contre-investissements qui constituent sans doute la source majeure de son déni et de sa marginalité dans le champ psychanalytique comme dans la culture contemporaine.

## Bibliographie

- BERGERET, J. 1984. *La violence fondamentale*, Paris, Dunod.
- BION, W.R. 1961. *Recherches sur les petits groupes*, Paris, Puf, 1965.
- FREUD, S. 1912. « Sur la dynamique du transfert », dans *Œuvres complètes/Psychanalyse*, XI, Paris, Puf, 1998, 105-116.
- FREUD, S. 1915. « Observations sur l'amour de transfert », dans *La technique psychanalytique*, Paris, Puf, 1970, 116-130.
- FREUD, S. 1919. « Les voies de la thérapie psychanalytique », dans *Œuvres complètes/Psychanalyse*, XV, Paris, Puf, 1996, 97-108.
- FREUD, S. 1923. « Le moi et le ça », dans *Œuvres complètes/Psychanalyse*, XVI, Paris, Puf, 1991, 255-301.
- GAILLARD, G. 2001a. « Identifications professionnelles, assignations institutionnelles et paralysie de la pensée », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 35.
- GAILLARD, G. 2001b. « La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation : entre filicide et parricide », *Connexions*, 76, 125-141.
- GREEN, A. 1993. « Masochisme(s) et narcissisme dans les échecs de l'analyse et la réaction thérapeutique négative », dans *Le travail du négatif*, Paris, Minuit, 123-156.
- GUILLAUMIN, J. 1979. « Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises », dans R. Kaës, A. Missenard, R. Kaspi, D. Anzieu, J. Guillaumin et J. Bleger, *Crise, rupture et dépassement : analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale*, Paris, Dunod, coll. « Inconscient et culture ».
- HENRI, A.-N. 2004. « Le secret de famille et l'enfant improbable », dans P. Mercader et A.-N. Henri, *La formation en psychologie, filiation bâtarde, transmission troublée*, Lyon, PUL.
- KAËS, R. 1988. (sous la direction de). *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 1992. « Pacte dénégatif et alliances inconscientes », *Gruppo*, 8.
- KAËS, R. 2009. *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 2012. *Le malêtre*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 2015. *L'extension de la psychanalyse : pour une métapsychologie du troisième type*, Paris, Dunod.
- LAFORGUE, R. 1939. *Psychopathologie de l'échec*, Paris, Payot.
- PINEL, J.-P. 1999. « Interventions cliniques en institution et "nouvelles" problématiques pathologiques », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 32.
- PINEL, J.-P. 2007. « La supervision d'équipe en institution spécialisée », dans A. Delourme (sous la direction de), *La supervision*, Paris, Dunod.
- PINEL, J.-P. 2008. « Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 51, 33-48.
- PINEL, J.-P. 2014. « Jean-Claude Rouchy, La problématique de l'intervention », dans J.-Y. Chagnon (sous la direction de), *Commentaires de textes fondamentaux en psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- PORRET, J.-M. 2005. « Échecs de la cure psychanalytique et résistances à la guérison », *Psychothérapies*, 25, 29-37.
- RACAMIER, P.-C. 1983. *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot.

- ROUCHY, J.-C. ; SOULA DESROCHE, M. 2004. *Institution et changement, Processus psychique et organisation*, Toulouse, érès, coll. « Transition ».
- SIROTA, A. 2006. « L'attaque initiale du cadre de travail. Le processus groupal et ses artisans », dans O. Douville (sous la direction de), *Les méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod.

---

## Institutional interventions and supervision facing failure

---

### Keywords

*Failure, psychic spaces, institutions, metaframework, metapsychology.*

### Abstract

Having stressed how the question of failures in the psychoanalytical field is largely passed over, the present article aims to characterise and identify the underlying causes of such setbacks that can be encountered when implementing analysis of professional practices (APP) or team supervision provisions in specialised institutions or services with a care-oriented vocation. It then goes on to differentiate these failures and proposes a way to model them. The argument, based on considerable experience as a practitioner in such institutions specialised in the psychiatric, medical-social and social field, is an extension of a metapsychology that attempts to again grasp the interferences existing between psychological spaces and the changes currently under way in the social metaframework.