

LA CONCEPTION DU DISPOSITIF DE GROUPE DANS DIFFÉRENTS CADRES INSTITUTIONNELS

Jean-Claude Rouchy

ERES | « Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe »

2006/2 n° 47 | pages 9 à 23

ISSN 0297-1194

ISBN 2749204232

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2006-2-page-9.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.

LA CONCEPTION DU DISPOSITIF DE GROUPE DANS DIFFÉRENTS CADRES INSTITUTIONNELS

JEAN CLAUDE ROUCHY

L'attention portée aux mouvements contre-transférentiels et à l'interprétation du transfert distingue fondamentalement les traitements psychanalytiques de tout autre traitement psychologique. Cela rend d'autant plus essentiel de concevoir la nature du dispositif qui détermine la « constitution de l'espace analytique » selon S. Viderman.

Dans le travail analytique de groupe, le transfert et le contre-transfert ne peuvent être envisagés seulement en leur dimension intrapsychique dont les psychanalystes sont naturellement les plus avertis, mais aussi en leur dimension psychosociale. Le dispositif, les processus contre-transférentiels et transférentiels ainsi que leur interprétation, sont étroitement liés s'il s'agit d'un groupe de travail au sens de Bion c'est-à-dire d'un espace d'élaboration psychique. Il en est de même du rapport entre le dispositif, le cadre institutionnel et le contexte social.

Dans de multiples écrits, S. Freud montre l'attention qu'il porte à l'évolution de la pratique psychanalytique, en rapport au cadre institutionnel et au contexte socio-économique.

L'incidence du contexte social sur le transfert, le contre-transfert et l'écoute du psychanalyste est encore souvent ignorée ou minimisée ; comme si les processus inconscients dans leur inscription manifeste ne tenaient qu'à l'histoire du sujet et surgissaient de façon indépendante de l'histoire actuelle vécue par le patient et le psychanalyste : la pratique psychanalytique serait ainsi à l'abri de toute interférence, et l'écoute immuablement neutre au risque de devenir une écoute neutralisée.

De multiples données viennent contredire cette position : les cultures et les régimes où la psychanalyse s'est développée sont bien déterminés. L'incidence de régimes totalitaires sur la cure et son déroulement n'est pas seulement étrangère et exotique. L'histoire nous en a donné des démonstrations douloureuses et radicales.

C'est aussi en ce sens que l'on peut considérer l'analyse du contre-transfert comme déterminante dans la saisie et la compréhension des mouvements transférentiels. Si le dispositif est institué par le psychanalyste dans la cure psychanalytique duelle, il l'est de façon encore plus fondamentale dans le travail psychanalytique de groupe : il réunit les patients et *est à l'origine de la constitution du groupe*. Il rencontre individuellement les patients au préalable, détermine l'indication, non seulement en fonction du patient, mais aussi de l'évolution du groupe et de sa composition, s'il s'agit de l'entrée d'une nouvelle personne dans un groupe « entrouvert », ayant déjà sa propre histoire.

S'il s'agit d'un nouveau groupe, il imagine dans l'anticipation les rapports qui pourraient se développer entre les patients qu'il va faire se rencontrer : le psychanalyste rêve le groupe. Dans tous les cas, ces représentations imaginaires participent de sa propre histoire – de même que le dispositif de travail qu'il adopte –, et situent le *groupe comme objet imaginaire* pour lui comme pour les patients.

Cela m'amène à concevoir ces origines « objectivées et démétaphorisées » selon les termes de Nicolas Abraham et Maria Torok comme des *éléments contre-transférentiels anticipés* structurant l'élaboration du dispositif et la composition du groupe : ils font ainsi eux-mêmes fondamentalement partie de l'analyse.

LA DYNAMIQUE DU DISPOSITIF

J'appellerai dispositif, ce qui est déterminé par l'analyste ou le psychothérapeute de groupe, comme étant la structure dans laquelle des interactions entre des personnes vont prendre place, en rapport à leur propre groupe d'appartenance et à leur réseau d'interactions intériorisées. De façon opératoire, un dispositif est constitué des éléments qui délimitent le rapport au temps et à l'espace : objet du travail de groupe, nombre de séances, rythme des séances, règles énoncées, lieux de réunion, modalités de paiement et de prise en charge éventuelle, cadre institutionnel dans lequel est mis en place le dispositif. Il ne s'agit pas de programme, de protocole ou de procédures où l'ordre et la succession d'opérations serait déterminé à l'avance. C'est la construction d'un espace dans lequel ce qui se passe et se dit prend sens par le fait même que cela se produit ou se reproduit dans cet espace, donnant comme le dit S. Resnik une « visibilité » aux processus inconscients.

Je préfère le terme de dispositif à celui de cadre, de manière à maintenir une distinction entre ce qui va déterminer l'espace analy-

tique du groupe et le cadre institutionnel dans lequel celui-ci va se développer.

Le dispositif est différent selon la pratique : analyse de groupe, psychodrame, thérapie familiale, relaxation, art-thérapie. Mais il l'est aussi dans chacune de ces pratiques. Les séances peuvent avoir lieu à des fréquences différentes : une ou plusieurs fois par semaine, tous les quinze jours, tous les mois. Il peut s'agir d'un groupe « clos » où tous les patients commencent ensemble et terminent plus ou moins ensemble, sans qu'un terme soit fixé à l'avance, ou avec une date déterminée pour la fin. Ou au contraire de groupes entrouverts où les patients participent le temps qui leur est nécessaire, sans qu'un terme soit fixé à l'avance, de nouvelles personnes venant s'insérer dans le groupe lorsqu'une place est laissée disponible.

Il peut s'agir d'un travail d'analyse individuel en groupe ou d'un travail d'analyse de groupe, l'accent étant mis sur les processus inter-subjectifs et l'analyse de la dynamique du groupe.

En psychodrame, de la même façon la centration peut être sur l'individu ou sur le groupe, les scènes proposées pour le jeu pouvant être en rapport avec ce qui se passe dans le groupe, ou déterminées à partir de scènes de l'histoire de patients, ou de rêves. Ce peut-être aussi du psychodrame individuel, avec un seul patient et un groupe de psychothérapeutes.

En thérapie familiale aussi il existe une grande variété de dispositifs, avec un ou plusieurs thérapeutes, le plus souvent sans la glace-sans-tain utilisée dans les thérapies systémiques, une centration plus ou moins importante sur la vie onirique, sur l'histoire intergénérationnelle, sur ce qui se passe entre les membres de la famille pendant la séance, sur l'interprétation du transfert, etc.

En relaxation l'approche met plus ou moins l'accent sur un travail individuel en groupe, ou sur la dimension groupale, le rapport au corps des autres, avec ou sans touché, avec ou sans induction verbale, etc.

Pour l'art-thérapie, beaucoup va dépendre de la médiation utilisée. En musicothérapie il peut s'agir de musicothérapie « réceptive », d'écoute et de choix par l'analyste ou par les patients de musiques enregistrées, ou au contraire de musicothérapie « active », d'improvisation en groupe et de communication sonore entre enfants, adolescents, adultes ou entre les membres d'une même famille.

De même la composition des groupes peut être conçue de façon homogène avec des personnes présentant les mêmes pathologies ou ayant subi des trauma similaires, ou de façon tout à fait hétérogène.

Il se peut aussi que différentes techniques soient utilisées conjointement, par exemple analyse de groupe et psychodrame, ou comme dans les groupes d'analyse que je conduis, au rythme de deux séances hebdomadaires, une séance de psychodrame et une séance de relaxation par mois sont conduites chacune par une collègue différente.

Certains utilisent aussi des séances individuelles alternant avec les séances de groupe, alors que pour d'autres tout doit se passer et se traiter dans l'espace du groupe institué.

Ces quelques exemples ne sont nullement exhaustifs, et ont seulement pour objet d'indiquer la grande variété de dispositifs pouvant être conçus en rapport avec des hypothèses théoriques et des pratiques héritées de plus ou moins grands ancêtres.

Il existe bien entendu toute une dynamique entre le cadre institutionnel et le dispositif psychothérapique de groupe. Il ne peut être le même dans un hôpital psychiatrique, un hôpital général, en extra ou en intra-hospitalier, dans un IMP, un CMPP un foyer, un CHRS, une maison départementale de l'enfance, etc.

Il doit y avoir une cohérence entre le dispositif mis en œuvre et le cadre institutionnel, qui détermine l'objet et les limites de la mission.

L'influence du cadre institutionnel traverse le dispositif analytique qu'il s'agisse d'« institutions » ou d'établissements, dans différentes structures, mais aussi en pratique « privée » de façon plus visible lorsque sont utilisées par exemple des feuilles de maladie exigeant ordonnance et contrôle. Les modalités de prise en charge et le travail en équipe déterminent la cohérence du dispositif. C'est dans cet espace analytique que les déplacements inconscients d'affects sur l'analyste et dans le groupe prennent sens.

Chaque dispositif est institué par l'analyste et n'est pas la réalité, même s'il peut avoir tendance à la remplacer dans l'esprit de celui qui l'a institué, ne lui apparaissant plus comme un objet qu'il a construit lui-même. L'histoire de chacun, son parcours personnel va cependant déterminer principalement la structure dans laquelle il est amené à travailler. C'est dire brièvement la dimension contre-transférentielle anticipée présente dans tout dispositif à l'insu de celui qui l'institue. Certains de ses effets vont lui être révélés par la suite, dans les interactions avec les patients. Car, les agirs au niveau du dispositif sont l'indice de mouvements transférentiels archaïques, d'*acting* d'objets non mentalisés, marquant l'ébauche d'un processus qui sollicite particulièrement une réaction émotionnelle de l'analyste.

En effet, si ces actions sur le dispositif sont souvent ressenties assez vivement par celui qui l'a institué et qui en maintient la permanence, c'est sans doute qu'il a lui-même agi et mis en place dans ce dispositif certains éléments de son propre groupe d'appartenance primaire. Qu'une transgression puisse être ressentie comme une agression, susciter des sentiments, des émotions, des humeurs, marque le signe d'une interaction personnelle qui a été recherchée inconsciemment par le patient envers l'analyste du groupe, et trouve sa réponse dans les affects ressentis de façon contre-transférentielle par celui-ci.

TRANSGRESSION OU PASSAGE À L'ACTE

Herbert A. Rosenfeld (1976) a montré de façon saisissante non seulement que les *acting-out* sont inévitables et constituent une part essentielle de l'analyse, mais qu'ils se situent dans le transfert, en rapport avec une forte angoisse de persécution.

L'élaboration des incorporats (Abraham et Torok) ou des éléments bêta (Bion) en analyse de groupe s'initie souvent par des passages à l'acte concernant le dispositif et les règles posées. Cet agir sur le dispositif, s'il est entendu dans le transfert, prendra peu à peu sens, la reproduction du même scénario étant incluse dans le champ de l'analyse, et non simplement considéré comme une transgression nécessitant le rappel de la « règle ».

L'interpréter comme une transgression et maintenir le dispositif est certes tout à fait essentiel à la conduite du groupe, mais il est encore plus important de concevoir qu'il s'agit d'un espace transférentiel dans lequel s'ébauche l'élaboration des incorporats ou des éléments bêta, c'est-à-dire d'objets non mentalisés, d'automatismes somato-psychiques.

FONCTION ACTIVE DE CONTENANT

Si l'on considère le dispositif comme faisant partie de l'analyse, ce qui pourra être reçu, entendu, interprété ne dépendra pas seulement de l'écoute, de l'empathie, du sens clinique, des participants et de l'analyste, mais sera en grande partie délimité par le dispositif lui-même. Il n'est en effet pas simplement une enveloppe à l'intérieur de laquelle un certain travail pourra être effectué, *il est un contenant et a une fonction active*. C'est une limite plus ou moins négociée, un contrat qui paraît indépendant des acteurs en présence, et qui *inscrit dans le réel* les interactions entre analyste et patients. Il est ce par quoi passe le non-mentalisé, l'indifférencié culturel qui structure la réalité psychique des personnes en présence et constitue « le Nous », ce qui est normal ou naturel dans un groupe, mais aussi dans une culture déterminée. Le dispositif est ainsi en partie un lien intériorisé qui met en relation sur le mode primaire des personnes réunies en groupe (le « corps-Moi-monde » dont parle Bleger, 1979), et structure l'espace analytique du groupe.

En ce sens, les effets en miroir dans le groupe donnent une spécificité à la façon dont les processus d'identification y émergent et y sont traités. Les rapports entre le narcissisme et l'investissement d'objet, entre l'intérieur et l'extérieur, se reproduisent directement dans *l'espace transitionnel* du groupe, espace intermédiaire et de métabolisation entre intrapsychique et intersubjectif, entre la réalité psychique et la réalité sociale, comme à l'origine, tels qu'ils se sont manifestés dans

le groupe d'appartenance primaire. C'est en ce sens que le dispositif analytique de groupe permet que des processus d'identification reprennent là où ils étaient restés figés, et que de nouveaux processus d'identification puissent être mis en œuvre. Étayé sur le passé, le travail analytique de groupe est aussi orienté vers le futur. C'est sans doute le facteur déterminant du processus thérapeutique groupal que les patients aillent mieux au plan personnel, mais aussi dans leurs relations et leur insertion sociale.

L'OBJET DU TRAVAIL DE GROUPE

Il est évident que la structuration d'un dispositif clair, à la fois pour l'analyste et pour les patients, va délimiter un espace analytique dans lequel la fonction de l'analyse, le mode d'intervention et d'interprétation prend sens. Plus cela est précis plus il devient aisé de conduire un groupe et de savoir de quelle place j'interviens, de quelle façon et pour quoi faire.

Il est devenu courant actuellement d'utiliser le terme de « groupe de parole » pour désigner un travail de groupe. C'est une terminologie commode qui recouvre toute une série de possibilités de pratiques sans en préciser aucune sinon qu'il s'agisse bien d'une approche groupale visant à articuler l'individuel et le collectif, sans être situé dans un registre d'évaluation ou de décision. Sous cette large ombrelle on peut ainsi trouver des dispositifs de groupe ayant pour objet un travail psychothérapeutique, ou ayant une visée de soutien, ou d'aide, ou encore ayant une fonction cathartique en rapport à des trauma subis. S'il s'adresse à des professionnels cela peut aussi concerner l'analyse de pratique ou des supervisions, le traitement de problème de fonctionnement institutionnel en état de crise, ou servir d'exutoire à des tensions internes ou encore être en rapport à une charge émotionnelle et à une pénibilité du travail.

C'est cela justement qui est à préciser. Il suffirait que des personnes soient réunies et qu'elles parlent pour déterminer le champ et le registre du travail de groupe : pourquoi sont-elles réunies et que fait-on de cette parole, s'agit-il d'un travail sur les structures psychiques et sur l'émergence de processus inconscient, ou centré sur les attitudes et les représentations sociales visant à rendre explicite des données implicites ? L'objet en est-il le changement ou l'adaptation ? Le travail est-il centré sur une tâche que je conduis et auquel je participe ? Est-il centré sur l'analyse du rapport à la tâche (comme dans les « groupes opératifs » de Pichon-Rivière) ? Ou est-il centré sur l'analyse de la dynamique et des processus de groupe ?

D. Widlöcher introduit très précisément cette question en se référant à Freud et à Lewin : « La stabilité de la structure n'exclut pas la variabilité des agencements internes mais toute altération obéit à un

principe de stabilité structurale qui en limite les effets. Or la cure psychanalytique se donne précisément pour but de modifier le principe lui-même. La transformation qu'elle cherche n'est pas une adaptation de la structure initiale à des conditions nouvelles, elle concerne la structure elle-même. Le problème du changement est donc inhérent à toute perspective structurale en psychanalyse. [...]

On retrouve au niveau du groupe une opposition identique à celle observée dans le champ psychanalytique : d'un côté des processus d'autorégulation [ou processus homéostatique] qui donnent au groupe son statut de structure stable, de l'autre des processus susceptibles de transformer cette structure. Lewin a décrit deux modes de régulation : l'un qui vise à maintenir le système en fonction de buts fixes [*goal-seeking*], l'autre qui s'efforce d'adapter le groupe à de nouvelles exigences et permet le passage d'un niveau d'équilibre à un autre [*goal-changing*]. Le premier est fondé sur le principe de l'homéostasie, il cherche à limiter les écarts, à les maintenir autour d'un certain niveau d'équilibre. Le deuxième est lié à des situations critiques ou expérimentales » (Widlöcher, 1970, p. 11 et 12).

La note en bas de page mérite d'être citée, car elle est très éclairante pour notre propos : « Il faut distinguer les recherches sur les processus de changement qui tiennent compte d'un point de vue structural de celles qui s'inspirent simplement d'un modèle évolutionniste et mettent l'accent sur l'idée de progrès. Point de vue jadis soutenu par Jung, dont il serait facile de voir qu'il inspire encore les vues de la plupart des psychothérapeutes qui se séparent d'une réflexion freudienne authentique, en particulier aux États-Unis... de Rank à Rogers. »

L'ÉNONCIATION DES RÈGLES EN FONCTION DU CADRE INSTITUTIONNEL

Le sens des *règles énoncées* dans un travail de groupe varie en fonction de la pratique (psychodrame, analyse de groupe, thérapie familiale, etc.), du cadre institutionnel, des conditions effectives de travail et de l'objet du travail.

Celle de l'*association libre*, qui est la règle princeps, prend une forme particulière en groupe, chacun ne pouvant associer librement individuellement : il est proposé de ne pas censurer ses pensées, ses sentiments, ses émotions, et de les exprimer dans un libre échange avec les autres. C'est une « association de groupe », comme l'énonce S.H. Foulkes (1990) (qui emploie au début la notion « de libre discussion flottante » pour revenir ensuite à celle « d'association libre », dans l'ici et maintenant des interactions et en lien avec l'histoire de chacun), ou une « chaîne associative groupale » selon René Kaës.

Cette règle d'association libre crée un espace tout à fait différent de celui des groupes d'appartenance secondaire habituels, comme le souligne justement Edmond Gilliéron (le terme de cadre correspondant

pour lui à ce que j'appelle dispositif) : « Le cadre a donc un versant social et un versant psychothérapeutique, l'un se définit par rapport à l'autre, et si le cadre délimite un lieu (un espace géographique), il est aussi caractérisé par l'ensemble des règles fixes et définissant la *relation* elle-même : dans toute situation thérapeutique, certains tabous sont levés, mais en contrepartie certains interdits sont plus marqués [...] Certains échanges ailleurs interdits sont donc ici autorisés, d'autres socialement autorisés sont par contre interdits [...] » (1983).

La règle de *discretion* est donnée afin que ce qui se passe et ce qui se dit dans le groupe ne concerne que les personnes réunies. Si cette règle n'est pas respectée, l'évaluation sociale et l'éthique dominent les rapports comme dans tout autre groupe d'appartenance secondaire : il n'y a plus de possibilité de libre échange, de liberté de pensée, de parole, d'expression de sentiment. L'énoncé de cette règle est surtout nécessaire au début d'un groupe, ou quand de nouvelles personnes sont introduites dans le groupe, car par la suite, il devient évident que cela fait partie de façon globale de la fonction d'analyse.

La *limitation des relations au temps des séances* (règle d'abstinence) est une mise en garde contre des rencontres entre patients en dehors des séances. Cette règle détermine le dedans et le dehors, l'espace analytique du groupe. Sa non-observation peut transformer les relations des personnes en « groupe de vie », et instaurer une censure dans les échanges sur les relations privilégiées qui peuvent se nouer entre les patients. On rencontre cette différence dans les structures hospitalières où les patients vivent en communauté et dans les groupes de formation où les séances sont regroupées sur plusieurs jours : c'est sans doute un des facteurs principaux de différenciation des limites et des objectifs du travail qui peut y être effectué. Otto Kernberg (1985) a traité très précisément de cette question dans les communautés thérapeutiques notamment pour différents types de groupe : rencontre patients/soignants « gouvernement des patients » (organisation gérée par les patients), et rencontres de l'équipe soignante sur le fonctionnement institutionnel. Il montre qu'il ne peut s'agir de groupes thérapeutiques comme en pratique privée et que tout travail analytique est en rapport au vécu collectif dans le service et dans le cadre institutionnel.

La *régularité de présence* est encore plus importante que dans la cure psychanalytique, car ce n'est pas le patient qui est seul concerné, mais le groupe dans son ensemble.

Certains posent une règle de « restitution » sur laquelle je reste interrogatif, dans la mesure où elle fait partie de l'analyse de ce qui est interne et externe et de ce qui est rapporté plus ou moins spontanément par chacun de ce qui se passe pour lui dedans et dehors. Cette règle est plutôt liée à des situations où les relations entre patients, ou même avec l'analyste dans des services de soins, ne peuvent être limitées au temps des séances.

Comme nous venons de le constater à propos d'une « restitution », ces règles ne peuvent pas être appliquées de la même façon, ni avoir le même sens dans des cadres institutionnels différents. L'association Libre et le libre-échange, la proposition de laisser libre court à ses pensées, à ses sentiments, à ses émotions dans un cadre hospitalier où existe un « groupe de parole » par exemple, sera du domaine de la deuxième censure. Le matériel sur lequel le groupe travaille concerne ce qui ne se dit pas, le « non-dit » dit-on, situant d'emblée les échanges au plan de l'*implicite* bien plus que de l'inconscient. L'élaboration sera de rendre explicite l'implicite et non de rendre manifeste le latent. Il s'agira de ce qui se passe dans un lieu de vie et ne se dit pas, notamment si les malades sont hospitalisés.

La surdétermination du cadre institutionnel a des effets sur le dispositif et sur le processus associatif, sur la façon dont les patients entrent en rapport les uns avec les autres, et sur la fonction et la place de l'analyste. Il n'est pas possible de faire abstraction du sexe et du statut de l'analyste au sein d'une équipe, même et surtout s'il y existe une dénegation des différences dans l'illusion groupale. Selon mon expérience, les patients font toujours eux-mêmes la différence entre le chef de service, les psychiatres, les psychologues, les infirmiers et les éducateurs. Souvent, ils seront même confrontés à la pluralité des identités dans une sorte de condensation des fonctions : comment une intervention déterminée sera-t-elle entendue ? Comme provenant de la fonction d'analyste ou de celle de médecin chef ? Comment faire la part du réel et du fantasme, comme me le demandait un psychiatre dans un hôpital de jour ? Comment s'effectue la diffraction du transfert, puisque ce n'est pas sur tel analyste que va s'effectuer le déplacement, mais sur les liens imaginés entre les différents soignants. Il en est de même des situations de cothérapies qui compliquent singulièrement l'analyse du contre-transfert, surtout dans les groupes qui se déroulent sur de nombreuses années.

On peut se demander aussi à ce propos ce qu'il en est de la *règle de discrétion*. Concerne-t-elle spécifiquement les limites du groupe thérapeutique, ou le service dans son ensemble, et quelles en sont alors les frontières ? Une telle règle ne peut être posée que dans la mesure où les patients n'ont pas de relations ensemble par ailleurs. D'autre part, concerne-t-elle les patients seulement, ou également les membres de l'équipe qui prennent soin d'un enfant, d'une famille, d'un malade ou d'un patient ? Va-t-elle être partagée par tous y compris par l'analyste du groupe ? De même, la vie fantasmatique, les rêves devraient-ils être partagés, « restitués » s'ils concernent le service ou la vie professionnelle, comme faisant partie de l'espace imaginaire du dispositif de soin ? L'on touche ici au *hasard* comme l'avait si bien analysé C. Raban. La formule consacrée « ce-n'est-pas-dû-au-hasard » se révèle étonnamment persécutrice lorsqu'elle s'applique à l'équipe soi-

gnante ; n'en serait-il pas de même pour les patients, car si le hasard n'est plus, comment en réchappent-ils ?

Le sens donné à la *régularité des présences* sera aussi différent selon les lieux et le cadre. Il est par exemple des services dans lesquels on est amené à rappeler aux patients qu'ils ont une séance de groupe : on va les quérir pour qu'ils assistent au groupe de parole prévu à tel moment par tel médecin, tel psychologue, tel psychiatre qui l'a institué. C'est ce lien entre cadre institutionnel et dispositif qui va délimiter l'espace imaginaire groupal dans sa dimension transitionnelle, métabolisant la réalité psychique et la réalité extérieure.

Enfin, le lieu où se déroulent les séances a bien entendu une importance réelle et symbolique. Selon que ce sera un espace clos, privé, spécifique dans son utilisation, ou un lieu de passage, un carrefour entre les autres lieux du service, comme j'en ai été témoin, l'énonciation des règles et leur compréhension ne peut être la même. Il en est de même en pratique privée.

L'énoncé de la règle fondamentale d'association libre dépendra elle-même du contexte dans lequel est situé le groupe, du type de patients, des finalités poursuivies. Ainsi P. Privat et J.-B. Chapelier (1987) conduisant des groupes d'enfants à la latence dans le cadre d'un CMPP, aménagent-ils les consignes de façon suivante : « Par l'énoncé des règles, le thérapeute se montre garant des limites temporelles et spatiales du cadre. Il rappelle aussi les règles de discrétion et de restitution au groupe. Puis, il invite à l'association libre, disant que chacun pourra ici exprimer par la parole ce qui lui vient à l'esprit. Le thérapeute se désignera aussi comme participant à ces associations et proposera de "parler ensemble" de ce qui préoccupera les membres du groupe : "Nous parlerons tous ensemble de ce qui vous intéresse, de ce qui vous gêne, ou vous fait souffrir, et nous essaierons de comprendre ce qui se passe entre nous, car cela nous aidera aussi à comprendre ce qui se passe en chacun de vous." Nous n'édictons plus les interdits (comme ne rien casser et ne pas se faire mal, car dans notre société ce sont des règles générales), afin d'éviter de désigner des modèles de méconduite. »

Ils précisent aussi que, dans ce cas, « comme pour toute prise en charge psychothérapeutique, le démarrage d'un groupe nécessite un travail préalable auprès des parents. Tout psychothérapeute d'enfants sait que son intervention est toujours plus ou moins perçue par les parents comme un regard critique posé sur eux. Après les entretiens individuels préliminaires, nous organisons une réunion avec les parents et les enfants d'un groupe en présence de deux psychothérapeutes » (Privat et Chapelier, 1987, p. 10).

LA DIALECTIQUE : CADRE INSTITUTIONNEL, DISPOSITIF

L'influence du statut du groupe de psychothérapie analytique, en tant que groupe d'appartenance secondaire, « groupe de travail » dirait W.R. Bion, dans la structure où il va se développer, est d'une grande importance en ce qui concerne le contre-transfert et les transferts, c'est-à-dire les processus inconscients sollicités chez les patients comme chez l'analyste.

Selon qu'il s'agit d'un groupe situé en intra ou en extra-hospitalier, dans un dispensaire, un CMPP ou dans le cadre d'un cabinet, en pratique privée, le rapport entre le cadre institutionnel et le dispositif thérapeutique institué est un organisateur. Il y a ou non cohérence entre le dispositif thérapeutique et le cadre institutionnel. Celui-ci détermine le statut du patient, ce que l'on appelle en France la « prise en charge » individuelle ou en équipe. Je préfère personnellement la terminologie anglaise ou espagnole qui exprime plutôt les modalités par lesquelles il est « pris soin » de quelqu'un.

Les modalités de paiement ont un effet sur le dispositif. La place donnée au patient peut en découler : est-ce un « malade », ou est-ce une personne qui se pose des questions sur elle-même et rencontre des difficultés à vivre ?

Le statut de malade peut être confirmé par une signature de feuille-maladie, une prise en charge et un contrôle à ce titre de la Sécurité sociale. Dans ce cas, y a-t-il gratuité « de soins » ou d'analyse ? La gratuité est-elle accordée dans la perspective d'une autonomie progressive et d'une prise en charge partielle par le patient lui-même ? Ces éléments déterminants sont évidemment en rapport à la problématique du transfert et du contre-transfert.

Entre le dispositif et le cadre institutionnel, un « travail » s'effectue, souvent à l'insu du thérapeute, qui nécessite d'être pensé, en dehors de tout a priori défensif, ou censure idéologique. Le cadre institutionnel traverse le dispositif et influence directement la dynamique interne du groupe. Car le cadre institutionnel détermine la nature de la demande, la pertinence et le champ du dispositif.

Notre attention doit aussi se porter sur les conditions dans lesquelles un groupe thérapeutique est institué dans un cadre hospitalier, ou de façon générale dans un travail d'équipe soignante ou éducative. Souvent les pratiques tendent à être individualisées, dans la dénegation des dimensions groupales à la fois par le patient et par l'équipe. C'est ce que j'avais appelé « l'illusion individualiste » (1985) en contrepoint de la célèbre formule d'illusion groupale de Didier Anzieu : l'illusion individualiste, en partie héritée de l'équipe médicale et du passé confessionnel des établissements hospitaliers et du travail social, structure la réalité du temps, de l'espace, de la division du travail, des territoires qui existent au sein des établissements, des services, et crée une discor-

dance entre la pratique groupale que l'on cherche à instaurer et le cadre ou le contexte de relations duelles dans lequel celui-ci se développe.

Instaurer un dispositif psychothérapeutique de groupe dans ce type de cadre a donc un lien étroit avec la fonction et la place que l'on y occupe. Cela ne saurait rester sans effet sur le rapport aux collègues et aux patients, et sur le cadre institutionnel lui-même. C'est aussi examiner les conditions selon lesquelles un dispositif thérapeutique de groupe peut être mis en place en cohérence avec le fonctionnement d'une équipe et dans un cadre institutionnel déterminé, en prêtant une attention particulière au processus de changement, à la progressivité de l'action envisagée, aux modalités de sa mise en œuvre et à son articulation à l'organisation existante. Il semble que nombre d'échecs dans l'instauration de groupes thérapeutiques dans des structures collectives soient dus à la méconnaissance à la fois des enjeux institutionnels, de l'implication personnelle du psychothérapeute et de son rapport aux collègues. Le processus de changement ne peut être conçu de façon extérieure à l'évolution des personnes et des groupes (équipe, service, établissement).

S'il existe un rapport dialectique entre le cadre institutionnel et la pratique, c'est dire qu'il existe une influence réciproque et non une simple contrainte subie. Si la pratique est en partie surdéterminée par le cadre institutionnel, elle détermine aussi en retour le développement de ces structures par le type d'organisation qu'elle requiert, et par les références théoriques du discours qu'elle développe. Le rapport entre le dispositif psychothérapeutique et le cadre institutionnel devient évident lorsque sont mises en place de nouvelles formes de psychothérapie (familiale, appartement thérapeutique, hôpitaux de jour, sectorisation, soins à domicile, groupe...).

CONCLUSION

La capacité de penser l'interprétation est ainsi liée à la dimension contenante du dispositif pour l'analyste comme pour les patients. L'interprétation n'est pas un système invariant : elle prend corps et sens quand l'analyste peut situer d'où il intervient, ce qui le motive à intervenir et ce que cela mobilise en lui. Programme certes bien exigeant à réaliser, et vers lequel il ne peut que tendre. C'est la condition par laquelle il existe dans le groupe, n'est pas un fonctionnaire impersonnel de l'analyse, et surtout ne considère pas « le groupe » comme étant constitué uniquement des patients ; il y est présent lui-même, attentif à ses propres émotions et aux places qui lui sont attribuées dans les déplacements transférentiels. C'est aussi assumer la fonction alpha dans le groupe, en reliant des éléments, des choses-en-soi qui ne semblaient pas avoir de connexions, de sens.

L'espace analytique comme espace transitionnel est le lieu où s'effectue la métabolisation de la réalité psychique et de la réalité exté-

rieure, où les groupes primaires d'appartenance de chacun émergent, et y sont traités. Le dispositif permet l'élaboration de la capacité de penser et donne sens aux interprétations, contrairement aux autres groupes d'appartenance secondaires existant dans le cadre institutionnel. Les interprétations délivrées hors du dispositif analytique ont surtout pour objet de soulager celui qui les énonce, et n'ont aucun effet d'élaboration pour ceux qui les reçoivent.

Une grande part de nous-mêmes est ainsi sollicitée dans des situations qui nous apparaissent comme étant des éléments de réalité. Cela, non seulement en ce qui concerne le dispositif psychothérapeutique, mais aussi, bien entendu, le cadre institutionnel, par la fonction de contenant qu'il peut jouer, pour chacun de nous dans une proportion différente, de protection envers nos angoisses primaires, de pare-excitation. Le type d'investissement du psychothérapeute à l'égard de « l'institution » est donc tout à fait fondamental dans la compréhension et l'analyse des mouvements contre-transférentiels.

Pour les dispositifs d'intervention en institution, c'est-à-dire les supervisions ou les analyses de pratique, les consultations institutionnelles appelées par certains collègues « régulations » d'équipes ou de services, les actions-recherche, et les analyses d'institution concernant l'ensemble d'un établissement, il s'agit d'un travail avec des professionnels. Ils nécessitent les mêmes règles de rigueur concernant la précision du type de travail à effectuer, l'espace d'analyse contenant à instaurer et la fonction de l'analyste.

Cela est d'autant plus important que l'on traite de l'évolution des structures individuelles et collectives qui concerne le vécu des personnes dans leurs groupes de travail et dans le cadre institutionnel dont les valeurs, les normes, le mode de pensée ont été intériorisés par les membres de l'institution, structurant leur identité professionnelle.

Une première approche de l'analyse de l'institution dans une perspective de changement conduit donc à distinguer les dispositifs et le cadre institutionnel afin de concevoir des dispositifs spécifiques.

L'espace et le temps du dispositif doivent être tout à fait distincts de ceux du cadre de travail habituel. Sinon, il devient impossible de délimiter un lieu d'analyse, un espace où celle-ci puisse se développer : l'analyste et le groupe concernés sont, dès lors, pris dans le « faire », car le dispositif n'est pas déconnecté de l'agir. Être l'instituant de son propre dispositif de travail, et ne pas répondre au premier niveau à une demande où tout, ou presque tout, a déjà été mis en place, est fréquemment la première difficulté à traiter. Sinon, le risque sera de ne plus trouver d'espace pour que des sentiments et des pensées, s'élaborent autrement que sur un mode répétitif.

En second lieu, ce dispositif ne doit pas être trop éloigné de la réalité quotidienne, c'est-à-dire sans rapport aux événements. Aucun dispositif ne peut être préfabriqué ou ne peut s'appliquer indépendamment

d'une situation singulière, car s'il est nécessaire qu'il soit distinct du cadre du travail, il doit cependant être en rapport avec les événements quotidiens et avec tout ce qui concerne l'évolution de la conception des rapports au travail. Le dispositif ne doit pas être construit en ce sens comme système clos : il porterait sinon en germe une ritualisation des rencontres sollicitant des mécanismes obsessionnels qui constituent un des modes de défense très courants dans ce registre de travail.

Qu'il concerne des patients ou des professionnels, la fonction du dispositif est essentielle à l'analyse et constitue un garde-fou au regard d'un désordre menaçant et d'une modification éventuelle du rapport au réel. Car la carte imaginaire des rapports aux autres, à la réalité, risque d'être bouleversée et réaménagée. L'organisation et le cadre qui tracent les limites du rapport entre l'individu et le groupe, entre la réalité psychique et la réalité sociale risquent d'être modifiés. Cette menace pèse très fortement sur l'enveloppe psychique, comme attaque du contenant pouvant provoquer la régression à des angoisses archaïques de fragmentation.

C'est la part collective non individuée de l'identité partagée, dans ses aspects les moins différenciés, dans ses incorporats, qui est concernée par des réaménagements, même s'ils semblent paradoxalement ne viser que des structures extérieures aux personnes.

L'aménagement des identités professionnelles, personnelles et groupales étant ainsi vécu, l'analyste sera l'objet de transferts, et c'est au travers de ces déplacements et des places qui lui sont attribuées qu'une analyse pourra se développer. Le dispositif sert de cadre, d'enveloppe, de contenant, d'espace transitionnel, permettant d'élaborer ces angoisses et de métaboliser des craintes qui, sans la présence de l'analyste, ne pourraient pas se traiter. Il est probable que sa fonction consiste avant tout à mettre en place un dispositif pertinent et rigoureux qui contienne l'angoisse en permettant qu'elle s'exprime, qu'elle soit reconnue, analysée, traitée.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, N. ; TOROK, M. 1978. *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Flammarion.
- BION, W.R. 1961. *Expériences in Groups*, Londres, Tavistock Publications ; *Recherche sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- BION, W.R. 1970. *Attention and Interprétation*, Londres, Tavistock ; *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*, Paris, Payot, Sciences de l'homme, 1974.
- BLEGER, J. 1960. « Tecnica de grupos operativos », en collaboration avec E. Pichon-Rivière, D. Liberman, E. Rolla, *Acta neuro-psyquiatría argentina*, VI, 1.

- BLEGER, J. 1966. « Psychanalyse du cadre psychanalytique », dans R. Kaës et coll. (sous la direction de). *Crise, rupture et dépassement, inconscient et culture*, Paris, Dunod, 1979.
- FOULKES, S.H. 1990. *Selected Papers. Psychoanalysis and Group Analysis*, Londres, Karnac Books.
- GILLIERON, E. 1983. *Les psychothérapies brèves*, Nodules, Paris, PUF, réédition 1990.
- KAËS, R. 1984. « Étayage et structuration du psychisme », *Connexions* n° 44.
- KERNBERG, O. 1987. « Les avantages et les limites de la communauté thérapeutique », *Connexions*, n° 49, Toulouse, érès, dans M. Pines (sous la direction de), *Bion and Group Psychotherapy*, Routledge & Kegan, Londres, 1985.
- PINEL, J.P. 1989. « Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 13, Toulouse, érès.
- PRIVAT, P. ; CHAPELIER, J.B. 1987. « De la constitution d'un espace thérapeutique groupal », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 7/8, Toulouse, érès.
- PUGET, J. et coll. 1989. *Violence d'État et psychanalyse*, Paris, Dunod.
- RESNIK, S. 1989. « Espace mental et institution », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 13, Toulouse, érès.
- ROSENFELD, H.A. 1976. *États psychotiques*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge ».
- ROUCHY, J.C. 1980. « Processus archaïques et transfert en groupe-analyse », *Connexions*, n° 31, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 20, Toulouse, érès, 1993.
- ROUCHY, J.C. 1985. « Le psychologue acteur social », *Bulletin de psychologie*, 1, XXXVIII, n° 370, Sorbonne.
- ROUCHY, J.C. 1990. « Dispositif, cadre institutionnel et interprétations », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 15, Toulouse, érès.
- ROUCHY, J.C. 1998. *Le groupe, espace analytique. Clinique et théorie*, Toulouse, érès, coll. « Transition ».
- ROUCHY, J.C. ; SOULA DESROCHE, M. 2004. *Institution et changement. Processus psychique et organisation*, Toulouse, érès, coll. « Transition ».
- VIDERMAN, S. 1970. *La construction de l'espace analytique*, Paris, Denoël.
- VIDERMAN, S. 1981. « L'institution comme résistance à l'analyse », *Confrontation : géopsychanalyse*, repris en 1993, *Connexions*, n° 61, Toulouse, érès.
- WIDLÖCHER, D. 1970. *Freud et le problème du changement*, Paris, PUF.

Connexions, Toulouse, éditions érès.

1995. « L'évolution des structures de soins », n° 66.

Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe

1990. « Contre-transfert et interprétation », n° 15.

1999. « Groupe et institution », n° 32.