

# Quand le conflit fait figu

Le conflit d'équipe doit être considéré comme un matériau psychique en demande d'élaboration et non seulement comme une question de management. Illustration avec le parcours de Mathieu, un patient très dépendant.

En psychiatrie, la gestion des conflits dans l'équipe suppose le plus souvent de s'intéresser à tout autre chose que les disputes apparentes.

Pour les psychanalystes, le conflit, qu'il soit manifeste ou latent, est « *constitutif de l'être humain* » (1). Il peut être vecteur de sens lorsque sa résolution est harmonieuse, ou source de déplaisir lorsque la tension persiste. Habituellement, on l'évoque lorsqu'il est manifeste et se (re) joue entre un patient et un thérapeute, son soignant référent ou équipe soignante au travers du transfert. L'inévitable implication des professionnels dans ce type d'interactions est parfois source de souffrances et de difficultés. Le conflit intrapsychique du patient, qui ne peut s'élaborer, va se projeter sur l'équipe, le sujet attribuant aux soignants les aspects intolérables de lui-même, les identifiants ensuite à l'extérieur de lui pour les attaquer. Le conflit ne pouvant être dit ou pensé se rejoue dans l'arène soignante toujours dans l'espoir d'une réponse. L'issue intervient lorsque ce conflit est considéré et traité comme un matériel psychique à transformer. Dans le meilleur des cas, on peut l'aborder sur un plan symbolique, verbal dans la relation patient-soignant, mais à l'hôpital et plus

largement dans l'institution psychiatrique, le plus souvent il ne peut pas se dire et s'exprime alors en se jouant dans la scène institutionnelle.

C'est pourquoi le conflit au sein d'une équipe représente aussi une modalité d'expression symptomatique d'une conflictualité psychique interne extrojectée et, dans ce sens, un matériel clinique précieux à déchiffrer et traiter.

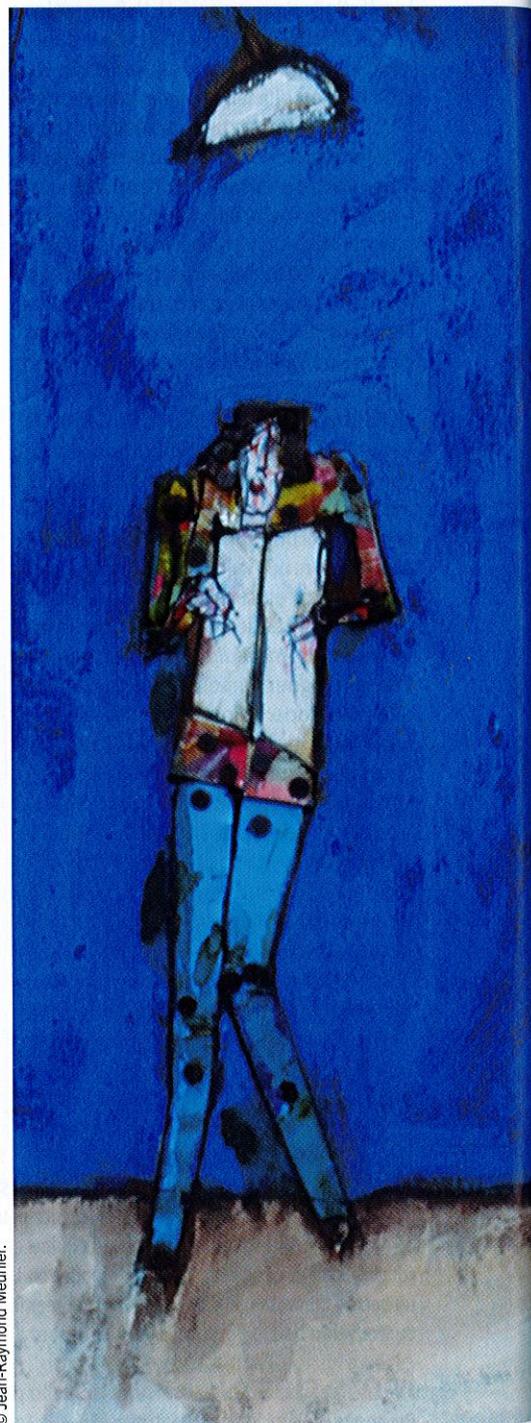
Au-delà des simples apparences, pourquoi les conflits, sujets de frustrations, voire de souffrances, sont-ils si nombreux dans les équipes soignantes? Freud avait mis en évidence que la conflictualité interne – entre processus primaire et secondaire – pouvait, en cas de non-résolution, adopter une solution de compromis et se manifester sous forme de symptômes. Ce peut être de l'angoisse, des phobies, des insomnies... chez les personnes fonctionnant sur un mode névrotique, ayant acquis une certaine maturité psychoaffective. Les conflits sont alors internalisés et peuvent être exprimés en terme symbolique, au travers du langage dans le cadre d'une relation thérapeutique. Des psychothérapeutes se chargeront d'une thérapie de dévoilement (2) pour aller au cœur du conflit engendrant les symptômes dérangeants. Mais qu'en est-il des patients qui fréquentent les institutions psychiatriques?

**Raymond PANCHAUD\***,  
**Philippe REY-BELLET\*\***

\* Directeur des soins, PhD, \*\*Directeur médical, Fondation de Nant, Corsier-sur-Vecvey, Suisse.

## PASSAGES À L'ACTE ET CONFLIT PROJETÉ

Au-delà des différents diagnostics, ce qui amène une personne à être hospitalisée en psychiatrie, à un moment donné de



© Jean-Raymond Meunier.

# re de symptôme



son parcours, peut être considéré comme une faillite des processus de symbolisation secondaires, c'est-à-dire de la capacité à transmettre une souffrance psychique sous une forme verbale à élaborer. Par symbolisation secondaire, nous entendons, ainsi que Roussillon le définit, la transformation des représentations de choses, en simplifiant une expérience vécue qui laisse une première trace au sein du psychisme, et qui va ensuite être traduite en représentations de mots dans l'appareil du langage verbal, afin d'être transmise.

Que ce soit une grave décompensation maniaque, psychotique, ou encore un geste suicidaire, nous pouvons avancer qu'il s'agit d'un « passage à l'acte », du non dicible en termes de langage ou de symbolisation secondaire. Ce qui ne peut s'exprimer par des mots va l'être par des actes. Le corollaire est notre réponse thérapeutique située également dans le réel, avec ce que cela implique de frustration imposée à la demande ou la non-demande du patient. En effet, un certain nombre d'hospitalisations peuvent ne pas être demandées et sont donc subies par la personne. Celle-ci n'est temporairement, ou durablement, plus à même de penser ses difficultés en termes de conflictualité interne, ce qui l'empêche de faire une demande, et l'amène à l'agir plus qu'à la dire.

Dès lors, le conflit est projeté à l'extérieur du sujet. Il s'agit donc d'une forme de demande, passant par une non-demande si on la pense en termes de processus secondaires, de symbolisation secondaire, et cela même, si le sujet a fait une demande d'hospitalisation volontaire. Le « *Je n'en peux plus, il faut m'hospitaliser* » recèle toujours une forme de faillite des processus de symbolisation, une demande de régression par exemple, un débordement d'une forme de destructivité, même si la demande est explicite. Le sujet, débordé par une conflictualité psychique insoutenable et impensée, la projette à l'extérieur avec soit une position passive, d'abandon de soi, soit une projectivité agressive. Le mode de communication est donc le plus souvent sous forme d'agirs, de troubles du comportement. Cela implique que le conflit se manifeste hors du champ d'une conflictualité intrapsychique puisqu'il est expulsé par projection à l'extérieur du sujet. Contre toute attente, le piège pour le patient est d'être privé d'une partie de lui-même, ce qui ne le soulage pas mais l'inquiète par le potentiel retour de cette partie insupportable de lui-même.

### DE LA CARENCE À LA CONFLICTUALITÉ

Ainsi, dans les établissements psychiatriques, les patients relèvent de « *troubles narcissiques identitaires* » pour suivre R. Roussillon (4). Ce sont des personnes dont la maturation psychoaffective a laissé dans leur histoire des carences, des béances représentationnelles. Leurs souffrances peuvent être caractérisées par un certain nombre de traits spécifiques, dont leur expression symptomatique. Des expériences de souffrance affectent la définition de soi (ou plutôt l'impossible définition de soi). Elles relèvent de l'impossible, de quelque chose qui n'a pu être intégré dans l'histoire du sujet. Elles ne peuvent être représentées, dans une forme potentiellement compatible ou conflictualisable avec le reste de l'expérience. Elles sont donc sans issues apparentes, représentatives, symboliques ou d'une autre sorte (perceptivo-motrice, par exemple, comme dans la phobie). L'individu est alors dans l'impossibilité de tolérer l'expérience, de la symboliser ou de la fuir. Ainsi, il n'a d'autre recours que de se cliver de la partie de lui-même en contact avec la réalité de cette expérience, partie qui reste essentielle à son identité, devenant ainsi en manque de soi. Ce type de souffrance n'ayant pu être symbolisée, ou partiellement, elle va s'exprimer sur un mode différent, souvent avec un recours à la projection et donc une externalisation du conflit.

Vu sous cet angle, la conflictualité se déplace donc du sujet à l'objet – autrement dit du conflit interne au conflit interpersonnel – plutôt que de rester à l'intérieur du sujet (comme c'est le cas pour le névrosé), pour la simple raison que c'est insupportable, trop intense et incontenable. L'équipe de soins représente une surface de projections, jouant en son sein ce qui ne peut être mis en mots. Dès lors, cette conflictualité, qui en reflète une autre (interne) représente un matériel psychique *in vivo*, à capter et à transformer. La réponse thérapeutique se situe alors à un autre niveau de celui que l'on rencontre dans une conflictualité intrapsychique. En effet, si le sujet a projeté le conflit interne vers un objet extérieur comme l'équipe soignante, c'est donc de son côté que réside le début d'une issue. Le premier temps consiste à repérer ce qui a été projeté. L'impasse thérapeutique survient lorsqu'on traite le conflit comme un problème en soi, alors qu'il s'agit de

comprendre ce qui se joue pour apporter une réponse en lien avec cet enjeu.

Poursuivant cette idée, ce type de conflit « exporté » pour annuler toute conflictualité intrapsychique, à l'instar des symptômes, ne peut faire sens que dans l'histoire du sujet : il y a autant de conflits que d'humains et d'interactions entre eux. Un exemple clinique illustre notre propos.

### MATHIEU AUTOENTRETIENT SES PLAIES

L'équipe interdisciplinaire d'une unité hospitalière de soins aigus demande une supervision à la direction clinique (5) : ils n'en peuvent plus et ne savent plus comment s'y prendre avec Mathieu. Avec lui, tout est source d'importants conflits et de frustrations et rien ne semble faire évoluer la situation, au contraire, elle se péjore et rien ne laisse entrevoir la moindre possibilité d'une sortie de l'hôpital, tant ses troubles du comportement, ses problèmes somatiques et sa dépendance sont grands.

Cette demande de supervision est le premier et très important pas de côté de l'équipe. Cette prise de recul concrète et symbolique fait intervenir un tiers, ce qui amorce en général une évolution de la dynamique entre patient et équipe soignante. Lors de la première séance, nous saluons ce pas en avant. A. Green qualifierait ce type de démarche de « *processus tertiaire* », c'est-à-dire un processus qui va permettre aux instances en conflit de trouver un *modus vivendi* viable.

Nous prenons le temps d'écouter nos collègues dans leurs grandes difficultés au quotidien, et nous nous penchons sur l'histoire du patient : qui est-il ?

Mathieu est un enfant carencé, fils unique d'un couple d'immigrés qui a fait fortune en Suisse. Ces derniers sont d'abord venus sans lui, le laissant dans leur pays d'origine. Vers l'âge de 5 ans, Mathieu les rejoint, et est souvent livré à lui-même pendant qu'ils travaillent. Ses parents manipulent aussi l'enfant pour différents larcins, ce qu'il comprendra beaucoup plus tard, et il doit effectuer une part du travail à domicile de son père alcoolique. Il subit également des violences de ces deux parents, ce qui aboutit à un placement en foyer durant quelques années. Les conflits sont permanents et violents.

Adolescent, Mathieu consomme des stupéfiants et s'implique dans un trafic,

qui le conduit en prison. Plus tard, il est victime d'un accident de la circulation dramatique, dont il garde des ulcères de jambes, apparus sur des greffes de peau qui ne cicatrisent pas. Actuellement, Mathieu « entretient » ses plaies en se grattant jusqu'au sang, exigeant et refusant en même temps les soins. Cette situation le conduit régulièrement à l'hôpital général, où les soignants qui ne peuvent finaliser les traitements s'épuisent très rapidement. Cet « auto-entretien » des plaies permet à Mathieu d'afficher sa prétendue incurie et engendre des mouvements de l'ensemble des patients hospitalisés sous forme de revendications et d'attaques contre les soignants. Très sensible à toute interaction, qui dégénère presque systématiquement en conflit, Mathieu se montre interprétatif, caractériel, agressif et passe souvent à l'acte en consommant des stupéfiants à l'hôpital ou lors de sorties. Débordée, l'équipe se trouve dans une impasse.

#### • Construire une représentation de la problématique

À ce stade, il s'agit de « trouver » et d'accueillir la problématique centrale du patient. En effet, derrière le bruit des symptômes et des agirs, il faut comprendre ce qui se cache : quelle est l'angoisse de fond de Mathieu ? Pour y parvenir, il est impératif de bien connaître son histoire pour construire une représentation commune de sa problématique. Cette démarche personnalisée participe généralement au processus de contenance et d'apaisement. Percevant en effet l'attention dont il est l'objet, le patient se sent compris, première étape de la contenance. A. Ciccone précise : « *La principale qualité de l'objet, pour assurer la fonction contenante, et qui regroupe toutes celles-là, est l'attention.* » (6)

Dans le cas présent, nous faisons l'hypothèse que la partie de Mathieu projetée et transvasée (7) chez l'autre est cette dépendance presque totale à l'hôpital, dépendance autant désirée que crainte, dont il voudrait de manière très ambivalente se défaire. Autrement dit, nous constatons une répétition du mode relationnel très dépendant aux parents, en lien avec les carences affectives (transfert). Ce « fantasme de dépendance » peut amorcer une transformation (« *je suis dépendant et captif de vous seuls* » devient « *je ne suis pas si captif et dépendant de vous*

*seuls* ») s'il est compris et modifié par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire, alors convaincue que ce fantasme figé peut évoluer à commencer dans leur propre représentation. Par ailleurs, nous considérons que c'est sûrement une attente inconsciente du patient pour que l'autre amorce ce processus de transformation qu'il ne peut opérer par lui-même.

#### • Surmonter quelques résistances

Les processus psychiques restent complexes et derrière chaque étape de l'évolution, se cachent de nouvelles résistances. Ainsi, derrière l'angoisse de l'équipe de ne pas trouver d'autres issues que celles de l'hôpital psychiatrique (surtout après moult tentatives soldées par de cuisants échecs...) se cache ce que M. Sassolas nomme la « *séduction narcissique* » (8). Perçue comme un problème pénible, cette situation séduit inconsciemment les soignants qui se trouvent être « les seuls » à accueillir Mathieu, tels des héros malgré eux. Oser prendre conscience de cette dynamique et l'accepter malgré un fort sentiment d'impuissance et d'emprise est un pas essentiel pour l'émergence d'alternatives. Il s'agit de la fameuse capacité de rêverie de W. Bion transposée à la clinique : le travail commence dans la tête des soignants avant que le patient puisse se l'approprier. En effet, comment concevoir que Mathieu s'imagine vivre ailleurs, si les soignants n'y parviennent pas ?

#### • Comprendre et s'adapter

Comprendre la dynamique relationnelle de la dépendance est essentiel pour ne pas répondre au coup par coup aux attaques. En effet, le patient dépendant a souvent une immense attente à l'égard des soignants, qui ne peut être assouvie, et la déception qui en résulte se retourne contre le professionnel sous forme d'attaque, un classique.

Une incommensurable dépendance caractérise Mathieu, et cet état est totalement angoissant et insupportable : dépendance vis-à-vis de l'objet et vis-à-vis de substances, ce qui va souvent de pair. Les coutumiers de l'hôpital psychiatrique « connaissent la chanson » : plus la personne est dépendante, plus l'attente vis-à-vis de l'objet, en l'occurrence l'hôpital, est grande, idéalisée, bref insatiable. L'inséparable couple idéalisée-dévalorisation à l'œuvre est bien connu ! Une forme de déni lisse l'objet de ses imperfections pour mieux polir un idéal qui ne va pas tenir

et activer des frustrations abyssales qui vont se manifester par des attaques à cet objet décevant. Malgré la difficulté à vivre ces interactions pénibles, elles prennent une autre dimension lorsqu'elles sont comprises, ce qui autorise un positionnement clair dans les limites du rôle des cliniciens et de ce qui est acceptable. C'est précisément ce que va mettre en place cette équipe en adaptant le programme de soins de Mathieu, concrétisation de l'évolution de la posture interne de chacun. Ce mouvement impacte la dynamique relationnelle avec ce patient. Le programme de soins est redéfini et les limites sont (re) posées tranquillement mais clairement et fermement.

#### • Ne pas se méprendre de l'issue

La prise de conscience par l'équipe de ce conflit permanent et sa nouvelle posture a porté ses fruits *via* plusieurs temps : demande de tiers (supervision), compréhension et accueil de la problématique centrale, intégration du sens de la dynamique relationnelle conflictuelle et déclinaison de celle-ci dans le programme de soins. Devant l'attitude nouvellement affirmée de l'équipe, Mathieu se fâche rapidement. Très vite, il signifie qu'il quitte l'hôpital, tant cette équipe est incompétente, et qu'il n'y reviendra plus jamais. Sitôt dit, sitôt agi ! Il s'en va, sans dire où. Malgré nos pronostics défavorables, quelques mois après ce départ inattendu, Mathieu n'est effectivement pas revenu.

#### LE RÔLE DU MANAGEMENT

De l'absence de « *théâtre interne* » découle une projection de la conflictualité sur le théâtre externe que représente le cadre de soins hospitaliers et institutionnels. C'est donc bien là qu'il nous faut chercher les symptômes, les modalités d'expression de la souffrance du sujet. Tout étant projeté à l'extérieur du sujet, le conflit se (re) joue en miroir dans le fonctionnement de l'équipe soignante, qui peut dès lors servir de réceptacle à une souffrance externalisée.

La question de la nature des soins hospitaliers se pose alors car il ne s'agit pas simplement d'une intervention sur les symptômes aigus, cherchant à réduire les plus bruyants, mais d'une capacité à les faire parler pour en comprendre le sens et travailler à l'évolution de la personne. Il est donc important de laisser de la place aux agirs (des deux côtés), pour favoriser ce repérage.

Seul ce double mouvement (du théâtre interne à celui extérieur) permet de redonner un sens à une conflictualité intrapsychique qui s'exprime sous une forme apparemment peu propice à un mouvement psychique progrediant et élaboratif. Il faut donc sortir de l'idée que seul le « névrosé » pourrait changer, et adapter nos dispositifs à cette clinique de l'indicible pour la faire parler et évoluer. Cela implique un niveau d'écoute différent que celui du colloque singulier de la consultation, qui concerne l'ensemble de l'équipe, les lieux, l'atmosphère permettant en quelque sorte une écoute en deçà des mots.

L'enjeu central est que les institutions maintiennent cette capacité d'accueil, d'écoute, et de transformation de mouvements psychiques complexes s'exprimant par les agir, les conflits et les passages à l'acte. Si l'hôpital psychiatrique ne s'appuie que sur l'« *evidence based medicine* » et conçoit les troubles psychiques comme des maladies qu'il faudrait guérir, le risque semble grand que nous ne soyons pas en mesure de répondre adéquatement à une grande majorité de patients hospitalisés, qui de par leur trouble ne peuvent s'inscrire dans une telle perspective de soins. Dès lors, les « conflits d'équipe » peuvent se penser comme une instance de repérage d'une problématique psychique, comme un matériel psychique en souffrance d'élaboration.

L'appui hiérarchique doit donc se situer autour d'espaces à penser, afin de garantir qu'à tout moment durant une hospitalisation, une élaboration des mouvements projectifs et destructeurs potentiels puisse s'opérer au sein de l'équipe. Soutenant les mouvements psychiques, dont l'expression peut sembler délétère au travers des répétitions, il faudra alors repérer les pulsions de vie.

Ce mode de travail implique que la direction clinique favorise des espaces d'échanges et de mise en commun des

observations et des éprouvés de l'équipe. Le conflit doit donc être considéré comme un matériau psychique en demande d'élaboration et non seulement comme une question de « management ». Nous nous écartons ici d'une vision qui suppose comme but une transformation des processus primaires en processus secondaires. Comme mentionné plus haut, A. Green (9) propose, en 1972, le concept de processus tertiaires pour dépasser une limitation de la théorie freudienne devenue une « *impasse clinique* », si l'on considère que l'analyse ne vise qu'à transformer les processus primaires en processus secondaires : « *Là où était du ça, le moi doit advenir* ». Les processus tertiaires, ou intermédiaires, permettent de développer un va-et-vient élaboratif fluide entre processus primaires et secondaires. La finalité d'un travail analytique, quel qu'il soit, devient alors bien plus une capacité de mise en mouvement, en relation et non plus seulement l'explicitation d'un conflit inconscient.

Dans la clinique contemporaine, certains modes de fonctionnement psychique dans les rapports à la réalité extérieure sont de plus en plus présents. Sur le plan théorique, il n'est pas possible d'en rendre compte avec la seule référence à la première et à la deuxième topiques freudiennes, donc ni au jeu des représentations de choses et de mots conforme à l'économie psychique du modèle du rêve et du symptôme névrotique, ni à la structuration œdipienne, ni aux conflits intrapsychiques entre instances et au sein des instances. La clinique de l'identification projective, du passage à l'acte, de la somatisation, les avatars de la transitionnalité, de la fonction contenante et des enveloppes psychiques trouvent là tout leur intérêt comme l'hypothèse d'un troisième topique (10). Ainsi en est-il dans les troubles du caractère, les pathologies narcissiques, les psychoses,

le champ bigarré des états limites et des addictions, mais aussi dans les niveaux de fonctionnement régressif.

### CONCLUSION

Une lecture superficielle de la situation clinique évoquée mettrait en lumière une simple rupture de traitement. Nous y voyons autre chose ! Nous restons convaincus que le travail de l'équipe pour faire évoluer sa posture interne a permis au patient de quitter l'institution – certes à sa manière et dans un mouvement projectif mais aussi avec une certaine reprise d'autonomie. Ce travail de transformation, il s'agit bien de cela, est opéré par toute l'équipe, en intégrant le « conflit d'équipe » comme un matériel clinique précieux, travail que nous concevons comme une psychothérapie interdisciplinaire.

1 – Laplanche J. et Pontalis J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Payot, Paris, 1967.

2 – Ciccone A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles pratiques, cahiers de psychologie clinique*, 2001/2 - no 17, p. 81-102

3 – René Roussillon, *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*, chap. 8, Elsevier Masson, 2016

4 – Roussillon R. *Agonie, clivage et symbolisation*, PUF, Paris, 1999

5 – *Dans notre institution, la direction clinique (directeur médical et des soins) intervient à la demande en supervision.*

6 – Ciccone A. *op. cité*

7 – Hochmann J. *Propos sur le contretransfert avec les psychotiques*, In *Psychose et vie quotidienne*, sous la Dir. P. Delion, Erès, 1998, p. 83-92/ *La peur du fou*, In *Pour soigner l'enfant psychotique*, Privat, Paris, 1984, p. 29-34

8 – Sassolas M. *Le stylo du psychiatre*, Erès, Toulouse, 2020, p. 145-158

9 – Green A. « *Les voies nouvelles de la psychothérapie psychanalytique* », article de F. Richard, in *le carnet psy*, numéro 119, 2007

10 – Brusset B. *Métapsychologie des liens et troisième topique*, *Revue française de psychanalyse* 2006/5 (Vol. 70), p. 1213-1282.

**Résumé :** Le conflit peut être vu comme une situation à régler ou un matériel psychique à traiter. Pour les patients carencés, le conflit est souvent une modalité de fonctionnement et de communication qui leur permet de se « débarrasser », en les expulsant chez l'autre, des éléments internes incontentables et non mentalisables. Malgré les impacts éprouvant pour les soignants, ce type de conflits peut être mis à profit d'une évolution pour le patient s'ils sont compris dans son histoire individuelle et travaillé de manière à donner sens à cette dynamique relationnelle particulière pour que le patient puisse l'intégrer. Les supervisions cliniques sont des espaces privilégiés au travail spécifique de ces situations cliniques.

**Mots-clés :** Capacité de rêverie – Cas clinique – Conflit psychique – Dépendance – Élaboration psychique – Équipe soignante – Fonction contenante – Projection – Psychiatrie – Transfert.