



**HAL**  
open science

# Étude de la dynamique relationnelle d'une équipe soignante à travers l'exemple d'un service d'urgences et de post urgences psychiatriques

Giovanni Orlando

## ► To cite this version:

Giovanni Orlando. Étude de la dynamique relationnelle d'une équipe soignante à travers l'exemple d'un service d'urgences et de post urgences psychiatriques. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04208648

**HAL Id: dumas-04208648**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04208648v1>

Submitted on 15 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ANNEE 2023 - N° 23 – 073

*Étude de la dynamique relationnelle d'une équipe soignante à travers l'exemple d'un service d'urgences et de post urgences psychiatriques.*

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement  
le **mercredi 13 Septembre** à 15h30  
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

PAR

***Giovanni - ORLANDO***

Né le 13 Juin 1984 à Livorno (Italie)

**La composition du jury est la suivante :**

<b>Président :</b>	Sylvie NEZELOF	Professeure
<b>Directrice de la thèse :</b>	Pauline BLANC-PATIN	Médecin psychiatre
<b>Juges :</b>	Emmanuel HAFFEN	Professeur
	Lauriane VUILLEZ-COADY	Professeure
	Eric HUDELOT	Praticien hospitalier
	Emilie BOLOPION	Praticien Hospitalier

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ  
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE  
BESANÇON

---

DIRECTEUR	<b>PROFESSEUR THIERRY MOULIN</b>	
DIRECTEURS ADJOINTS	<b>PROFESSEUR XAVIER BERTRAND</b>	DOYEN PHARMACIE
	<b>PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN</b>	DIRECTEUR DES ÉTUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	<b>MME CAROLE COINTEAU</b>	

**DÉPARTEMENT MÉDECINE**

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2ÈME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3ÈME CYCLE
PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MÉDECINE
PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE

**DÉPARTEMENT PHARMACIE**

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3È CYCLE
PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	

**DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE**

BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
---------------------------------------	----------------------------

**DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE**

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	

**DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE**

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
PROFESSEUR ELOI MAGNIN	

**DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE**

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)	
YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	

**DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE**

GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

## DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIÈRS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

## DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)	
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

## RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

## COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER	VICE-PRÉSIDENT

## CHARGÉS DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>		COORDINATEURS
	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	
<i>HISTOIRE DE LA MÉDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRÉSIDENT HONORAIRE

---

# MÉDECINE

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

### – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	<b>ADOTEVI</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>AUBER</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	<b>AUBIN</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	<b>AUBRY</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	<b>BAMOULID</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	<b>BARNIG</b>	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	<b>BENNABI</b>	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	<b>BESCH</b>	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	<b>BIBEAU</b>	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	<b>BIONDI</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	<b>BORG</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	<b>BOULAHDOUR</b>	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	<b>CAPELLIER</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	<b>CHIROUZE</b>	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	<b>CHOPARD</b>	CARDIOLOGIE
M	Sidney	<b>CHOCRON</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	<b>COURIVAUD</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	<b>DAVANI</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	<b>DE BILLY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	<b>DECONINCK</b>	HÉMATOLOGIE
M	Eric	<b>DELABROUSSE</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	<b>DESMETTRE</b>	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	<b>DI MARTINO</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	<b>DUCLOUX</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	<b>FEUGEAS</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	<b>GARBUIO</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	<b>HAFFEN</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	<b>HERBEIN</b>	VIROLOGIE
M.	Bruno	<b>HEYD</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	<b>HOCQUET</b>	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	<b>JEANNOT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	<b>KLEINCLAUSS</b>	UROLOGIE
M.	Paul	<b>KUENTZ</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	<b>LAKKIS</b>	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	<b>LEPAGE</b>	ANATOMIE
M.	Eloi	<b>MAGNIN</b>	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	<b>MAGY-BERTRAND</b>	MÉDECINE INTERNE
M.	Frédéric	<b>MAUNY</b>	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	<b>MENEVEAU</b>	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	<b>MEYER</b>	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	<b>MICHEL</b>	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	<b>MILLON</b>	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Mme	Elisabeth	<b>MONNET</b>	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION (RETRAITE LE 01/11/22)
M.	Thierry	<b>MOULIN</b>	NEUROLOGIE
M	Sylvie	<b>NEZELOF</b>	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	<b>OBERT</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	<b>PERROTTI</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	<b>PILI-FLOURY</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	<b>PITON</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	<b>PRATI</b>	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	<b>PRETET</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	<b>RAMANAH</b>	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	<b>RINCKENBACH</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	<b>ROUX</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	<b>SAMAIN</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	<b>SCHIELE</b>	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	<b>SERONDE</b>	CARDIOLOGIE
M	Laurent	<b>TATU</b>	ANATOMIE
M.	Laurent	<b>TAVERNIER</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	<b>THEVENOT</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	<b>THINES</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	<b>THIRIEZ</b>	PÉDIATRIE
M.	Antoine	<b>TRACQUI</b>	MÉDECINE LÉGALE
M.	Pierre	<b>TIBERGHIE</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	<b>TOUSSIROT</b>	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	<b>VANDEL</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	<b>VUILLIER</b>	ANATOMIE
Mme	Lauriane	<b>VULLIEZ COADY</b>	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	<b>VUITTON</b>	GASTRO-ENTÉROLOGIE
M.	Daniel	<b>WENDLING</b>	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	<b>WESTEEL-KAULEK</b>	PNEUMOLOGIE

## PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	<b>BRESSON</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	<b>CHOPARD</b>	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	<b>CZORNY</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	<b>DELBOSC</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	<b>DUMOULIN</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	<b>FELLMANN</b>	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	<b>MANTION</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	<b>MOUGIN</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	<b>PARRATTE</b>	ANATOMIE
M.	Patrick	<b>PLESIAT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	<b>SECHTER</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
Mme	Dominique	<b>VUITTON</b>	IMMUNOLOGIE

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	<b>AMIOT</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	<b>BELLANGER</b>	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	<b>BEREAU</b>	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	<b>BOROT</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	<b>BOUHADDI</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	<b>BOUILLER</b>	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Yann	<b>CHAUSSY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	<b>COAQUETTE</b>	VIROLOGIE
Mme	Elsa	<b>CURTIT</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	<b>DAGUINDAU</b>	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	<b>DESMARETS</b>	ÉPIDEMIOLOGIE, ÉCONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	<b>GAUTHIER</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Quentin	<b>LEPILLER</b>	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	François	<b>LOISEL</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Elisabeth	<b>MEDEIROS</b>	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	<b>MOTTET</b>	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M	Patrice	<b>MURET</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	<b>NARDIN</b>	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	<b>PELLETIER</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	<b>PLUVY</b>	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	<b>POTRON</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	<b>SALOMON DU MONT</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	<b>THIERY-VUILLEMIN</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	<b>VERHOEVEN</b>	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	<b>WEIL- VERHOEVEN</b>	HEPATOLOGIE

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	<b>BARDET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	<b>BERTHIER</b>	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Anne-Lise	<b>BOLOT</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Anne-Laure	<b>CLAIRET</b>	MCF associé SCIENCES DU MÉDICAMENT
M.	Benoît	<b>DINET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	<b>EUVRARD</b>	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Abdo	<b>KHOURY</b>	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	<b>LEBEAU-JEUNET</b>	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	<b>LEPETZ</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	<b>MORENO</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	<b>PECHOUX</b>	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	<b>PERROT</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	<b>RODRIGUEZ</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	<b>SZWARC</b>	MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL

---

# PHARMACIE

---

## PROFESSEURS

M.	Xavier	<b>BERTRAND</b>	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	<b>DEMOUGEOT</b>	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	<b>GARNACHE-OTTOU</b>	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	<b>GIRARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	<b>GODET</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>GRENOUILLET</b>	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	<b>GUILLAUME</b>	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	<b>ISMAILI</b>	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	<b>LIMAT</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	<b>MEILLET</b>	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	<b>NERICH</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	<b>PELLEQUER</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	<b>REFOUVELET</b>	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	<b>SAAS</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	<b>WORONOFF-LEMSI</b>	PHARMACIE CLINIQUE

## PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	<b>NICOD</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	<b>BAGUET</b>	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	<b>BEDUNEAU</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	<b>BERMONT</b>	BIOCHIMIE
M.	Oleg	<b>BLAGOSKLONOV</b>	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	<b>BLAGOSKLONOV</b>	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	<b>BOUVIER-SLEKOVEC</b>	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	<b>CAVALLI</b>	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	<b>DASPET</b>	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	<b>DEVAUX</b>	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	<b>GALAINE</b>	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	<b>KROEMER</b>	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	<b>LASCOMBE</b>	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	<b>MIGUET ALFONSI</b>	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	<b>MORETTO</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	<b>MOULARI</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	<b>MUYARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	<b>PUDLO</b>	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	<b>RENOSI</b>	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	<b>RUDE</b>	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	<b>SENEJOUX</b>	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	<b>TOTOSON</b>	PHARMACOLOGIE

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	<b>PAZART</b>	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT
Mme	Florence	<b>VAN LANDUYT</b>	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

---

## PROFESSIONS DE SANTÉ

---

Mme	Aline	<b>CHASSAGNE</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	<b>DEVEVEY</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	<b>KUBICKI</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
M.	Yoshimasa	<b>SAGAWA JUNIOR</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME	Geneviève	<b>MERELLE</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	<b>SALTARELLI</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	<b>BRET-LEGRAND</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	<b>BOULLAUD</b>	PROFESSEUR CERTIFIÉE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaelle	<b>BLERVAQUE</b>	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	<b>LAPREVOTTE</b>	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

---

## AUTRES ENSEIGNANTS

---

MME	Lise	<b>FIARDET</b>	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
MME	Vanessa	<b>MARTIN</b>	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
M.	Nicolas	<b>MICHAUD</b>	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS
M.	Charles Dale	<b>SANTANA</b>	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS

# Remerciements

## Remerciements aux membres du jury :

Madame le Professeur Sylvie Nezelof,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre expertise et vos conseils ont été d'une valeur inestimable pour l'aboutissement de ce travail. Merci de votre accompagnement, votre écoute, votre ouverture d'esprit, vos enseignements et votre bienveillance. Merci pour votre supervision durant mes stages en pédopsychiatrie au CHU et votre empathie. Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Emmanuel Haffen,

Je suis honoré que vous ayez accepté de participer à ce jury de thèse. Vos qualités sont un exemple inestimable de réussite et de respect envers les autres. Je vous remercie d'avoir partagé ces qualités sans retenue et avec passion de votre métier dans une rigueur et une expertise clinique unique.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Madame le Professeur Lauriane Vuillez-Coady,

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Vos enseignements, vos qualités de chercheur, votre connaissance ont été un enrichissement important pour ma formation.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Éric Hudelot,

Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Votre expérience et votre expertise en tant que chef des urgences psychiatriques sont des atouts précieux pour évaluer mon travail. Votre présence pendant mes stages a sans aucun doute contribué à élargir mon point de vue sur le domaine de la psychiatrie. Vos contributions ont été inestimables et je suis reconnaissant d'avoir eu l'opportunité de recevoir vos commentaires éclairés. J'attends avec impatience la chance de partager mes recherches avec vous et de bénéficier de votre perspective

unique.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Madame le Docteur Emilie Bolopion,

Je vous remercie d'avoir si volontiers accepté de participer à ce jury de thèse et à l'intérêt que vous avez pu porter à mon sujet.

Merci pour votre investissement et supervision lors de mes stages aux urgences pédopsychiatriques. Votre attitude, intéressement, ouverture d'esprit, soif de connaissance, curiosité, bienveillance, sympathie, passion ont été pour moi une précieuse source d'encouragement.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Madame le Docteur Pauline Blanc-Patin,

Vous m'avez fait l'honneur de superviser cette thèse et je vous en remercie.

J'ai apprécié tout le temps où nous avons pu travailler ensemble et qui m'a permis de beaucoup apprendre. Nous avons souvent pu partager la même vision des choses et la même approche dans la gestion des cas cliniques.

C'est grâce à votre esprit de synthèse et votre patience que j'ai pu être guidé dans mon travail de rédaction. Vous avez été source de progrès et de réflexion. J'ai pu me découvrir des capacités d'écritures et d'expositions de concepts, souvent complexes et à la fois extrêmement délicat à aborder.

Mais surtout vous avez participé à mon travail avec autant de passion que j'ai pu en avoir. Le tout en respectant mes points de vue et interrogations me permettant ainsi de me réadapter à une pensée plus raisonnable.

L'harmonie, la paisibilité, la sympathie, la bienveillance, l'organisation, la pragmatisme et positivité que vous avez, caractérisent votre travail et font si que les autres en bénéficient.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect et sincère gratitude.

## Remerciements personnels :

À Bomi, mon épouse.

Aujourd'hui, alors que j'achève cette étape cruciale de ma carrière médicale, mes pensées se tournent inévitablement vers toi. Ton amour, ta confiance et ton soutien indéfectible ont façonné chaque ligne, chaque mot et chaque idée de ma thèse, la transformant en quelque chose de bien plus précieux que de simples mots sur du papier.

Tout comme tu peins avec passion des tableaux qui racontent des histoires, tu as contribué à tisser la trame de mon parcours académique et professionnel. En tant que mère dévouée de nos deux merveilleux enfants, tu as jonglé entre les multiples facettes de ta vie, ajoutant des touches de couleurs vives à chaque instant que nous partageons.

Ton rôle en tant que peintre professionnel reflète également ta manière unique de voir le monde. De la même manière, ton regard sur mon travail a apporté une perspective nouvelle et éclairante, améliorant des aspects de ma thèse et lui donnant une forme que je n'aurais pas pu atteindre seul.

Avec toi à mes côtés, chaque défi devient une opportunité et chaque étape devient un moment de croissance. Ta présence a le pouvoir de transformer chaque instant en une œuvre d'art, et je suis profondément reconnaissant de t'avoir à mes côtés alors que je franchis cette étape importante.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance éternels.

À ma fille aînée, chère Sofia Yüna :

À toi, ma petite étoile brillante, je dédie ces mots avec tout mon amour. À l'âge de 3 ans, tu portes déjà le charme d'une beauté enchanteresse qui illumine nos vies. Ta perspicacité et ta sagesse dépassent de loin ton jeune âge, et chaque mot que tu prononces résonne comme une mélodie douce et étonnante.

Tes querelles animées avec ta merveilleuse maman, bien qu'elles puissent sembler taquines, me rappellent à quel point tu es déjà forte et déterminée. L'étincelle d'indépendance dans tes yeux est le reflet d'une force intérieure qui te guidera tout au long de ta vie.

Lorsque tu grandiras et liras ces mots, je veux que tu saches à quel point tu es précieuse et aimée. Ta beauté va bien au-delà de ton apparence, car elle émane de ton cœur tendre et de ton esprit vif. Puissent ces lignes t'offrir une fenêtre vers les

moments doux que nous avons partagés et une compréhension de l'amour immense qui t'enveloppe.

Avec tout mon amour et mon admiration.

À ma bien aimé fille, ma chère Cloé Yujin :

À toi, ma petite source de lumière et de joie, je dédie ces mots empreints de tendresse et d'affection. Même à seulement 1 an et quelques, tu as déjà laissé une empreinte profonde dans nos cœurs et nos vies.

Ton fort caractère et ta ténacité sont des qualités qui ne passent pas inaperçues. Ta détermination précoce à suivre ton propre chemin rappelle l'importance de rester fidèle à soi-même. Ton intelligence remarquable à cet âge précoce promet un avenir brillant, et je suis honoré d'être témoin de tes prouesses grandissantes.

Ta nature empathique et ton sourire contagieux transmettent une joie indescriptible. Tu es une source constante de bonheur pour nous tous, et ton attitude positive illumine chaque coin de notre vie quotidienne.

Il est touchant de voir comment tu m'imites avec tant d'enthousiasme. Ton désir de suivre mes traces me remplit d'une fierté immense, et je suis sûr que tu deviendras un être exceptionnel, à l'image de ta nature curieuse et joyeuse.

Alors que tu grandis, ma douce Cloé, sache que tu as déjà apporté une richesse infinie à notre famille. Ton potentiel promet de toucher des vies et de répandre la compréhension et le réconfort, tout comme tu le fais déjà avec ton amour et ton sourire.

Tu es le rayon de soleil qui illumine nos jours, ma chère Cloé. Et n'oublie jamais que ton caractère unique est une source de force et de beauté.

Avec tout mon amour et ma fierté.

Cher Papa et Maman,

Trouver les mots pour exprimer toute la gratitude que je ressens envers vous est une tâche à la fois exaltante et humble. Vos rôles dans ma vie ont façonné chaque pas que j'ai pris, et chacun de ces pas est imprégné de vos enseignements, de votre amour et de votre dévouement.

Papa, ta dévotion envers la médecine, en tant qu'urgentiste, est une source d'inspiration constante. Ton vécu et ta carrière ont été des leçons de résilience et de flexibilité. Ton soutien inestimable dans mon parcours médical a été souligné par le

jour où tu as introduit "Freud" dans ma vie – cette tête de squelette qui a éveillé ma passion pour l'anatomie cérébrale. Ta perspicacité, ton humilité et ta sagesse m'ont guidé dans la compréhension profonde des autres et m'ont aidé à devenir un professionnel empathique.

Tu as été un modèle de patience et de détermination, toujours là pour m'encourager dans mes moments de doute et pour m'aider à tracer mon chemin. Ta présence douce mais ferme a éclairé ma route, et tes exigences ont été les fondations de mes réussites.

Maman, ta dévotion inconditionnelle envers nous a été notre bouclier et notre guide. Chacun de tes gestes et chacune de tes paroles ont été empreints d'amour et de soin. Ton amour pour la lecture, la psychologie, la musique et les arts en général ont enraciné en moi une passion pour l'apprentissage et la créativité.

L'impossibilité de ne pas achever tes études en psychologie à l'université n'a jamais été une source de regret, car tu as réussi à partager ta connaissance et ton raisonnement avec une générosité inestimable. Ta carrière en tant que maîtresse d'école pour les enfants est une continuation de ton engagement envers l'éducation et le développement des autres.

Maman, tu as été mon roc, ma conseillère et mon amie. Tu as su me guider avec subtilité dans mes moments de solitude, et ton ouverture d'esprit m'a permis de me développer avec confiance et curiosité.

Ensemble, vous incarnez le mélange parfait d'amour, d'exigence, de sagesse et de soutien. Chacun de vos sacrifices a été une étoile brillante dans mon ciel, m'aidant à devenir la personne que je suis aujourd'hui.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance.

À mes grands-parents, Cher Gerardo et chère Filomena,

Même si le temps nous a séparés, vos souvenirs demeurent vivants et vibrants dans mon cœur. Votre influence sur ma vie a été un cadeau précieux qui continue à façonner ma trajectoire et mes actions.

Grand-père Gerardo, en tant que commandeur de l'Ordre du Mérite de la République Italienne, ta contribution à l'éducation a été un phare guidant la voie pour les générations futures. En tant que directeur d'école supérieure, tu as semé les graines du savoir dans le cœur de nombreux élèves, et tu as pris le temps de m'enseigner la passion des échecs. Chaque partie jouée était une leçon de stratégie et de réflexion, marquant à jamais ma quête pour l'apprentissage.

Ta force face à l'adversité visuelle a été une leçon d'humilité et de résilience. Ta sagesse philosophique et ton attitude pragmatique ont façonné ma manière d'aborder la vie. Tu as nourri en moi l'amour pour les histoires, la lecture et la réflexion profonde, tout en me guidant vers la compréhension du monde qui nous entoure.

Grand-mère Filomena, ton inflexibilité après ton infarctus a révélé la force intérieure qui t'a caractérisée. Ta résilience a sauvé plus qu'une vie, elle a déclenché une cascade de réflexions profondes en moi. Ta présence était un rappel constant de la fragilité de la vie et de l'importance de la gratitude.

La promesse faite avec toi, Grand-mère Filomena, avant ton départ, a été le moteur de ma détermination. En suivant les traces de la grand-grand-mère Rose et de ton fils, tu m'as transmis une tradition de responsabilité et de dévouement envers la médecine. La signature commune derrière le tableau, mêlant les générations dans un acte poétique, reste gravée dans mon esprit.

Grâce à toi, j'ai trouvé la force de relever les défis, y compris les plus complexes comme l'examen d'anatomie.

Votre héritage continue à briller à travers moi, et je suis honoré de pouvoir perpétuer votre nom en tant que médecin et individu engagé dans le bien-être des autres.

Avec tout mon respect et ma gratitude éternelle.

À mon cher beau-père Jeongmoon,

Ton soutien inébranlable lors des résultats de mon ECN a été un rappel poignant de l'amour et de la fierté que tu portes envers moi. Ta présence à mes côtés, célébrant mon succès avec une contagieuse joie, a illuminé chaque instant. Ton absence due à un travail exigeant pèse lourdement sur moi, car chaque moment que je passe avec toi est précieux. Ton amour et ton encouragement sont une source inestimable de force et de réconfort.

Avec tout mon respect et mon affection,

À ma chère belle-mère Insook,

Tu as permis la rédaction de cette thèse et je te remercie d'avoir essayé à chaque moment de me donner le temps pour me dédier à ça.

Ton amour et ton impact sur ma vie sont indéniables. Ta force, ton orgueil et ta quête d'excellence ont été des piliers dans mon chemin. Ta détermination à pousser à l'avant, sans jamais laisser rien entraver ton chemin est un exemple de vie et d'amour sans précédents.

Avec toute ma compréhension et mon respect.

À ma chère belle-sœur, chère Bora,

Je suis ému par la résilience que tu as cultivée dans ta vie.

Ta capacité à distancer ton regard, à discerner avec précision et à aborder les sujets les plus profonds avec une clarté remarquable, témoigne de la lumière intérieure que tu portes. Ta persévérance et ton courage, même au milieu de ces défis, sont une source d'inspiration constante.

À travers nos dialogues, je devine ton essence authentique, et je suis persuadé qu'au-delà des ombres du passé, il y a une beauté intérieure qui attend de briller. Puisse-tu continuer ton parcours de découverte de soi avec la même passion et l'énergie que tu m'as montrées.

Avec toute mon admiration et mon soutien sincères.

À mon cher beau-frère Junkyeong,

Ta générosité envers moi n'a jamais cessé de me toucher. Au fil du temps, j'ai senti une compréhension silencieuse entre nous.

Ta capacité à contenir tes émotions pour préserver l'harmonie est un témoignage de ton respect envers moi, et cela n'a jamais été perdu dans mes pensées.

Merci pour tout ce que tu apportes dans nos vies, et pour les moments que nous partageons.

Avec toute ma gratitude et mon respect.

À mes chers frères et sœur, Giuseppe, Gerardo ed Ester,

De nos jours insouciantes de jeux enfantins aux moments profondément spirituels de ma vie, vous avez été mes compagnons constants, mes piliers et mes confidents.

Les rires partagés, les aventures audacieuses ont tissé une toile d'expériences inoubliables qui resteront gravées dans mon cœur à jamais. Votre présence, que ce soit dans les moments de joie ou de lutte, a apporté une richesse inestimable à ma vie.

Alors que nous continuons à grandir et à évoluer, je tiens à vous remercier pour chaque sourire partagé, pour chaque épaule sur laquelle j'ai pu m'appuyer, et pour chaque moment d'amour et de connexion que nous avons partagé. Vous êtes des joyaux précieux dans ma vie.

Avec tout mon amour et mon admiration.

À mes amis d'enfance, Diego, « Il profa », Nico, Leo,

En regardant en arrière sur le chemin que nous avons parcouru ensemble, je suis rempli d'une profonde gratitude pour les moments que nous avons partagés.

Des rues de notre enfance aux soirées philosophiques qui semblaient durer éternellement, chacune de nos expériences a marqué mon cœur d'une manière unique. Votre influence sur ma vie a été profonde, me poussant à croire en moi-même et en mes capacités.

À Diego, ton attente de ma richesse n'a jamais été une pression, mais plutôt un rappel de l'amitié sincère qui nous lie. Je ne doute pas que tu réalises toutes tes aspirations, et peut-être même surpasseras-tu mes rêves avec ta carrière future d'acteur !

À chacun de vous, je dis merci du fond du cœur.

Avec toute ma gratitude et mon affection sincères.

À mon professeur de musique et maître inégalé, Cher Roberto Sbolci,

Je tenais à t'exprimer ma profonde gratitude pour le temps passé. Les leçons que tu m'as offertes ont transcendé la simple musique pour m'enseigner des leçons de vie inestimables.

Tu as éveillé mon esprit à la richesse et à la profondeur de la musique, m'offrant des perspectives que je n'aurais jamais pu imaginer. Chaque note était une fenêtre ouverte sur un monde de créativité et de compréhension.

Bien que le destin ait tracé une route différente pour toi, loin des études médicales que tu avais envisagées, tu es devenu le musicien que j'ai toujours rêvé de devenir. Ton cheminement est une inspiration constante pour moi, un rappel que les passions et les rêves peuvent prendre des voies imprévues mais tout aussi gratifiantes.

Le parcours que j'ai parcouru à tes côtés a été une fondation solide dans ma quête pour comprendre l'esprit humain. Les nuances de la musique que tu m'as enseignées ont éclairé les coins les plus sombres de ma compréhension, me montrant comment chaque note peut exprimer une émotion profonde.

Ta présence dans ma vie a été un honneur et une bénédiction. Merci pour chaque enseignement partagé, pour chaque mélodie explorée ensemble. Ton influence dépasse les partitions pour toucher mon âme et mon esprit.

Avec une gratitude profonde et un immense respect.

À la mémoire du Dr. Royet,

Même si votre départ laisse un vide douloureux, votre influence reste vive dans ma mémoire.

Vous avez été un far dans la nuit sombre des moments difficiles, éclairant la voie avec vos paroles sages et votre dévouement indéfectible à ceux qui étaient en souffrance.

À travers vos encouragements et votre confiance en moi, j'ai gagné une force que je n'aurais jamais cru possible. Votre savoir-faire en psychiatrie, vos schémas de raisonnement complexes, m'ont inspiré et ont nourri ma passion pour ce domaine. Chaque interaction avec vous était un cours magistral, une leçon précieuse qui a façonné ma compréhension de la psychiatrie.

Même si vous n'êtes plus parmi nous, votre héritage continue à briller à travers tous ceux que vous avez touchés. Votre impact sur ma vie est inestimable, et je suis honoré d'avoir eu l'opportunité de vous connaître et d'apprendre de vous.

Avec tout mon respect et ma gratitude.

À mes précieux collègues et amis,

Chers Olivier Herbach, Livia Vicentini, Caroline Brisset, Pier Pucci, Manuela Grilli, Dr. Tastet, Dr. Manolache, Adeline Moine, Simona Ivanova, Francesco Zito, Charline Rase, Louise Villette, Morgane Jeandidier, Samy Azzedine, François-Xavier Laut, Jean-François Crolet, Giulia Leso, Valentina De Vincenti.

Les moments partagés avec chacun de vous ont laissé une marque profonde dans ma vie. Nos échanges, nos enseignements communs et nos rires partagés ont créé une toile d'amitié et de camaraderie qui brille avec éclat.

Chaque jour passé à vos côtés au travail a été une opportunité d'apprendre, de grandir et de collaborer avec des esprits brillants et dévoués. Vos connaissances partagées ont été des trésors, et les moments drôles qui ont illuminé nos journées ont renforcé notre lien.

Chacun de vous apporte une couleur unique à notre équipe, une originalité qui enrichit notre environnement de travail. Votre présence n'est pas seulement appréciée, elle est désirée. Vous avez contribué à faire de notre voyage professionnel une aventure exceptionnelle.

Avec toute ma gratitude et mon respect,

À tous les services qui ont été le théâtre de mon internat jusqu'à présent,  
À chaque infirmière croisée, à chaque aide-soignante, à chaque secrétaire, à chaque  
médecin qui a partagé ce parcours avec moi.

Chacun de vous occupe une place spéciale dans le puzzle de ma formation et de ma  
croissance. Votre contribution, votre soutien et vos enseignements ont été les briques  
qui ont construit mon parcours professionnel.

Les infirmières dévouées, les secrétaires qui veillent sur les rouages du système, les  
médecins chevronnés, vous avez été les mentors qui ont illuminé mon chemin. Vos  
expériences et vos connaissances partagées ont enrichi ma compréhension et mon  
approche des soins de santé.

En particulier à l'UIA, tes bras accueillants m'ont offert refuge et courage alors que je  
plongeais dans l'univers complexe de la psychiatrie. Les soirées de gardes ardues  
ont été adoucies par la camaraderie et le sentiment d'appartenance que tu as instillés  
en moi.

À chacun de vous, je dis merci pour les échanges, les partages, et les  
apprentissage. Chacun d'entre vous a apporté une couleur unique à ma palette  
professionnelle. Vos personnalités, vos perspectives et vos approches distinctes ont  
permis de toucher la souffrance des patients et de la transformer en un amour profond  
pour le bien-être de chacun.

Ensemble, nous avons bâti des souvenirs, partagé des moments d'incertitude et de  
triomphe. À travers toutes les rencontres et les expériences, vous avez façonné mon  
parcours et m'avez aidé à grandir, à devenir un soignant plus compatissant et  
compétent.

Avec une gratitude sincère et un respect profond.

À tous les patients de la psychiatrie,

À tous les patients de la psychiatrie,

Votre présence dans ma vie professionnelle a été un honneur et un privilège. Au-delà  
des diagnostics et des souffrances, vous êtes les enseignants silencieux qui m'ont  
transmis des leçons profondes de résilience, de courage et de persévérance.

Chaque jour, je suis témoin de votre force inimaginable, de votre capacité à résister  
à des épreuves qui défient l'entendement. Vos histoires sont des témoignages de la  
capacité humaine à surmonter l'adversité, à braver les tempêtes intérieures avec une  
dignité remarquable.

Les moments partagés, vos expériences partagées, ont été des chapitres enrichissants dans ma quête de compréhension et de compassion. Vous m'avez touché par votre vulnérabilité, m'avez enrichi par vos paroles et m'avez appris à voir au-delà des apparences.

Les défis que vous affrontez sont complexes et profonds, et pourtant, vous m'avez montré la lueur d'espoir qui peut naître même dans les moments les plus sombres. Votre confiance en nous, en moi, est une responsabilité que je porte avec respect et humilité.

Votre présence est plus qu'une leçon, c'est un rappel constant de l'humanité partagée qui transcende les rôles de soignant et de patient. Vous m'avez façonné en professionnel et en personne, et je vous remercie pour les enseignements inestimables que vous m'avez offerts.

Avec toute ma gratitude et mon profond respect.

# *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École,  
de mes chers condisciples, je promets et  
je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être  
fidèle aux lois de l'honneur et de la  
probité, dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et  
n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon  
travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes  
yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma  
langue taira les secrets qui me sont confiés,  
et mon état ne servira pas à corrompre les  
mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes  
Maîtres, je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs  
pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si  
je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé  
de mes confrères si j'y manque !*

# Sommaire

---

**Abréviations**

**Introduction**

**Partie 1** : Les théories de la dynamique de groupe

**Partie 2** : Outils d'analyse de la dynamique des équipes en institution psychiatrique

**Partie 3** : Étude du fonctionnement d'une équipe psychiatrique aux urgences et post urgences

**Conclusion**

**Annexes**

**Références bibliographiques**

**Tables des matières**



# Abréviations

---

**AAH** : Allocation adulte handicapé

**ARS** : Agence régional de santé

**ASE** : Aide sociale à l'Enfance

**IMV** : Intoxication médicamenteuse volontaire

**OPP** : Ordonnance de placement provisoire

**SSC** : Soins sans consentement

**TDAH**: Trouble deficit de l'attention/hyperactivité.



# Introduction

---

Depuis l'Antiquité, l'homme s'est regroupé, recherchant de manière spontanée et naturelle une sécurisation et un esprit d'appartenance. La sociabilité d'un individu ou d'un groupe d'individus est aujourd'hui considérée comme un besoin primordial en psychiatrie, et constitue un élément de base fondamental de l'analyse du fonctionnement humain.

Aujourd'hui, le travail d'équipe est devenu essentiel surtout en milieu hospitalier et il est maintenant démontré que cela peut améliorer les soins prodigués aux patients (Baker et al. 2006).

Le groupe lui-même peut être vu comme une enveloppe qui, en assurant une protection, permet la croissance, le développement et la mise en compétition des individus qui le composent. Cependant, en plus d'avoir une dimension purement stimulante et protectrice, le groupe peut aussi devenir étouffant, stressant et plutôt favoriser les conflits. Le conflit lui-même n'est pas nécessairement pathologique et cette expérience différente au sein du groupe peut avoir une tendance physiologique. L'intérêt de ce travail de thèse est précisément porté sur la nécessité de comprendre et de différencier un comportement de groupe physiologique d'un comportement pathologique et d'étudier la dynamique relationnelle des équipes. Le but est de pouvoir, d'une part, favoriser l'acquisition de compétences analytiques sur les fonctionnements/dysfonctionnements et d'autre part, de faire entrer dans le domaine de la conscience des compétences de mentalisation « objectives », pouvant être mises en œuvre en temps de crise. Permettant ainsi une résolution rapide et efficace des conflits mais aussi une meilleure et plus solide coordination inter équipes, afin de travailler dans l'intérêt de la prise en charge des patients psychiatriques.

L'intérêt du choix de l'équipe psychiatrique aux urgences tient à la particularité du vécu et de la charge émotionnelle qui se joue lors des interactions en état de crise. Mais aussi au développement rapide de la psychiatrie au cours des dernières décennies, précisément dans le contexte d'urgence. Les urgences psychiatriques sont

un milieu de crise caractérisé par une approche particulière par rapport aux autres spécialités médicales, précisément en lien avec les particularités mêmes du patient psychiatrique. Dans ce type de « groupe de travail », une organisation et une efficacité différentes du concept habituel souvent attendu sont nécessaires. En effet, la notion d'efficacité en psychiatrie peut parfois être conçue de manière différente du reste des spécialités qui n'ont pas les mêmes attentes. Il existe en psychiatrie le poids d'une responsabilité « sociale », voire « spirituelle » d'accueillir ou mieux parfois « d'héberger » des patients difficiles, qui souvent n'intègrent pas correctement les caractéristiques typiques d'un patient psychiatrique ou « somatique ».

Ces angoisses, incompréhensions et besoins affectifs peuvent créer des frictions inter-équipes. La déception des résultats apportés va à son tour engendrer, très souvent, une perte de confiance dans la prise en charge des patients psychiatriques eux-mêmes.

Cette thèse sera composée de trois parties différentes. Dans un premier chapitre, nous traiterons des théories fondamentales et générales des groupes, en partant de *Le Bon* jusqu'à *Moreno*. Puis, dans un second chapitre, nous traiterons du fonctionnement spécifique des groupes en institution psychiatrique. Ensuite, nous terminerons par un troisième chapitre traitant de l'analyse d'une équipe notamment dans le domaine des urgences et post-urgences psychiatriques.

# PARTIE 1

## LES THEORIES DE LA DYNAMIQUE DE GROUPE

### I. Définition d'équipe

#### A. Définition

« **Équipe** viendrait du vieux français « **esquif** », qui désignait à l'origine soit une petite embarcation, soit une suite de bateaux attachés les uns aux autres et qui étaient tirés par des cordes le long de la rive, par des hommes à la manière des bateliers de la Volga en Russie ». (Lafon et al 1996).

#### B. Les caractéristiques des équipes

Brown en 1986, a proposé une définition intéressante, « *un groupe existe lorsque deux ou plusieurs individus se définissent comme membres du groupe et lorsque l'existence du groupe est reconnue par au moins une autre personne n'appartenant pas à ce groupe* ».

On peut ajouter que, pour être une équipe au complet, la présence de certains éléments sont nécessaires :

- Des relations (interactions) ;
- Une collaboration pour un objectif commun (par exemple : projet de soins, activités de soins) ;
- Un territoire commun d'exercice (le service, le pôle) ;
- Une organisation des rôles (et une interdépendance entre les professionnels) ;
- Une coordination assurée par un responsable désigné.

## **C. Équipe hospitalière et le modèle Montréal**

Pour remettre la définition au sens large dans l'environnement hospitalier, nous reprenons le modèle de Montréal, où une équipe de soins fait partie d'un triptyque constitué par les patients et les acteurs permettant la réalisation de l'activité de soin.

En fait, il existe un partenariat avec le patient qui est considéré comme un soignant et un membre à part entière de l'équipe de soins (Meiller 2018).

*Le Montreal model s'appuie sur le « savoir expérientiel des patients issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (Pomey et al. 2015).*

Le patient doit pouvoir faire valoir son expérience, ses savoirs expérientiels afin de prendre part aux décisions le concernant et exercer un certain niveau de leadership, au même titre que les professionnels apportent leur expertise clinique (Pomey 2018). Affirmer que les patients viennent constituer une équipe de soins souligne bien l'importance de la nécessité d'une harmonie dans les prises en charge.

## **II. Mère-bébé, entre attachement et conformisme, la première équipe dans le monde**

Pour comprendre la fonction du groupe, il est intéressant de commencer par analyser l'histoire de la conception de l'être humain et en particulier du nouveau-né.

Freud considérait le nouveau-né comme un être enfermé dans son propre autisme, comme s'il était dans une coquille qu'il appelait « narcissisme primaire », au sein de laquelle il demeure longtemps dans un état d'indifférenciation relative (Freud 1914). Selon Freud, lorsque l'enfant naît, il n'a qu'un seul but, celui de satisfaire ses besoins fondamentaux. La relation affective mère-enfant pour Freud était un dérivé du besoin primaire et pour le satisfaire l'enfant montre ce que nous interprétons comme des attitudes affectives (Freud 1905).

Bowlby entre le 1969 et 1980 révolutionne un peu ce concept. C'est ainsi qu'il présentera sa théorie de l'attachement. Bowlby pense que le comportement

d'attachement n'est pas un dérivé du besoin de nourriture mais est une prédisposition biologique innée. Ce besoin d'attachement demeure tout au long de la vie. Chacun de nous a besoin de chaleur, de proximité, de protection et d'amour.

Une relation d'attachement se définit par trois caractéristiques :

1. La recherche de proximité avec une figure favorite ;
2. L'effet «base sûre» (Bowlby 1988) ;
3. La protestation à la séparation.

En neurosciences et à travers les travaux de Lamm et Singel sur le rôle du cortex insulaire antérieur, on sait désormais que l'empathie est un système inné. Dès les premières heures de la vie, un enfant a des capacités empathiques, ce qui signifie qu'il est capable de percevoir les émotions de sa mère et de s'y adapter (Lamm et Singel 2010).

Selon Bowlby, le système d'attachement produit notre regard sur nous-mêmes, sur les autres et sur les relations. C'est-à-dire qu'à partir de la relation que nous avons eue avec l'aidant principal, se construit un modèle de fonctionnement interne qui est la représentation de qui je suis, comment je lis les autres et comment je lis le monde. Nos capacités d'anticipation et d'attente vis-à-vis des autres sont influencées par l'évolution induite par cet attachement.

Heureusement, les neurosciences prouvent que notre cerveau est plastique et que notre modèle de fonctionnement interne peut toujours être l'objet d'une évolution. Au contraire, la rigidité d'un système est cependant pathologique (Von Bernhardt et al. 2017).

Mary Ainsworth (1978), contemporaine de Bowlby, poursuivant toujours la théorie de l'attachement, élargit le concept de « base sûre ». Dans celui-ci, elle explique comment un enfant, pour explorer sereinement l'environnement extra-familial, a besoin d'être sûr de pouvoir revenir « *en sachant avec certitude qu'il sera bien accueilli, nourri sur le plan physique et émotionnel, réconforté si triste, rassuré si effrayé* ».

Nous rejoignons le groupe car il représente une base sûre, un ensemble de personnes qui nous protègent et nous rendent moins vulnérables à l'environnement extérieur. Toutefois, la base sûre est à la fois le point de départ et le point de retour de notre exploration : c'est là où émergent les deux besoins fondamentaux de tout être humain : la liberté et la sécurité.

Mais le groupe demande du conformisme en échange de sécurité. L'expérience de Asch permet de le démontrer : elle impliquait un total de huit participants, dont 7 collaborateurs qui avaient pour tâche d'exercer une pression sociale, et un seul individu qui (sans le savoir) était l'objet du test. Les personnes, toutes réunies dans une même pièce, devaient indiquer quelle ligne, faisant trois tailles différentes, avait la même longueur que la ligne donnée en référence. Au départ, les participants à l'expérience en tant que collaborateurs ont répondu correctement, mais au fur et à mesure que le test progressait, ils ont commencé à fournir des réponses manifestement incorrectes. Bien que, les lignes étaient clairement de longueurs différentes, presque toutes les personnes ont été influencées par la majorité et n'ont pas écouté leurs idées. Asch a observé que dans la plupart des cas, le sujet expérimental, influencé par l'opinion du groupe, avait tendance à donner de mauvaises réponses pour ne pas se distinguer de la majorité sociale de référence. Cela démontre combien le simple fait d'appartenir à un groupe peut amener un sujet à modifier ses perceptions objectives pour se conformer à l'opinion commune (Schulman 1967).

La sociabilité est donc un besoin primordial. Il faut, par contre, trouver un équilibre, sans se conformer complètement à un groupe et ne pas être complètement, non plus, individualiste.

### **III. Brève histoire de la psychologie du groupe**

Dans cette partie, nous examinerons les principales théories psychologiques de groupe intéressantes pour notre sujet. Étant donné l'immensité du sujet et de la bibliographie, le but n'est pas d'être exhaustif. Nous étudierons les théories de Le Bon et de Freud, les théories de groupe de Bion et les apports ultérieurs de l'analyse de groupe de Foulkes et Moreno.

## A. Le bon

Anthropologue et psychologue, fondateur de la « psychologie sociale », Gustave Le Bon est particulièrement connu pour son livre "psychologie des foules", publié en 1895.

Le contexte social dans lequel ce travail est sorti était celui des changements importants après la deuxième révolution industrielle où les foules ont fait irruption sur la scène mondiale, devenant des protagonistes. Ce mouvement social crée une panique particulière parmi la classe aristocratique qui craint un déclin dans le chaos et l'anarchie.

A travers son travail, Le Bon identifie les caractéristiques particulières des foules et propose également des techniques adaptées pour les guider et les contrôler. En fait, il n'est pas surprenant que cet ouvrage ait été lu et étudié avec soin par les dictateurs totalitaires du XXe siècle qui ont fondé leur pouvoir sur leurs capacités de contrôle et de manipulation.

Partant de ce postulat, il semble nécessaire d'aborder les théories de Le Bon qui ont ensuite été reprises par Freud et développées davantage sur le plan de la psychologie individuelle.

Voici un résumé de son travail :

1. La psychologie d'une foule est complètement différente de celle des individus qui la composent. Une agglomération d'hommes possède de nouvelles caractéristiques très différentes de celles des individualités qui la composent.
2. L'individu dans la masse acquiert, du seul fait du nombre, un sentiment de puissance invincible et cède à des instincts, qu'il aurait nécessairement contenu s'il avait été seul. La foule étant anonyme, le sens des responsabilités disparaît aussi.
3. Une foule est toujours intellectuellement inférieure à l'individu isolé. Selon Le Bon, la médiocrité prédomine dans une foule, pas l'intellect.
4. Dans la foule, les caractéristiques rationnelles de l'individu s'annulent au profit des inconscientes, laissant émerger les comportements humains les plus primitifs. L'exemple le plus approprié est la sensation de panique.

5. L'avènement des multitudes marque le déclin inévitable de la civilisation occidentale. Les civilisations telles que nous les connaissons sont nées grâce à un petit groupe d'intellectuels aristocratiques, jamais issus des masses.

6. Les foules ne sont pas motivées par l'esprit de liberté, mais par le désir de suivre un leader. Selon Le Bon (1895), le groupe a l'instinct de se regrouper sous une autorité où "*la volonté personnelle est annulée*", évitant ainsi l'état angoissant de la liberté. Il existe principalement trois outils à la disposition des dirigeants pour intérioriser de nouvelles idées et croyances dans les foules : affirmation, répétition et contagion.

7. Contagion, suggestion et comportement imité. Le Bon propose une explication du mécanisme par lequel les individus se conforment et se standardisent au sein d'un groupe, expliquant que les idées et les sentiments ont un fort pouvoir contagieux dû à l'effet de suggestibilité. Il y aurait annulation de la personnalité consciente et prédominance de l'inconscient. La fonction d'imitation joue un rôle fondamental chez ceux qui souhaitent diriger de grandes masses. Le mécanisme d'imitation doit être facilement reproductible par tous les individus dans la masse, afin de devenir un modèle exemplaire.

8. Pour exercer une action de suggestion immédiate envers une foule, il faut s'appuyer avant tout sur les mots et les images. Les foules ne sont pas influencées par des raisonnements, mais seulement par des images et des associations d'idées. Selon Le Bon, la force d'un énoncé sur la masse est liée à plusieurs facteurs :

- a. A l'image qu'il évoque et non pas à sa signification ;
- b. Au contenu ambigu qui a plus d'emprise ;
- c. La façon dont il est prononcé : le ton de la voix et l'attitude ;
- d. La simplicité du vocabulaire et de la syntaxe.

9. "*Les foules n'ont jamais eu soif de vérité. Devant l'évidence qui leur déplaît, ils se détournent, préférant diviniser l'erreur si elle les séduit*" (Le Bon 1895).

10. Sur le plan moral, même si la foule est capable de commettre toutes sortes de crimes, elle est également capable d'actes de sacrifice et de désintéressement

supérieurs à ceux dont l'individu isolé est susceptible. Les foules peuvent faire preuve d'abnégation, de dévouement, d'altruisme et d'un sens de la justice supérieure.

## **B. Freud**

L'ouvrage "*La psychologie des foules et l'analyse du moi*" a été publié par Freud, dans sa version définitive, en 1923, dans une période très compliquée de sa vie mais aussi une des plus productive. Dans ce livre, Freud analyse, dans un premier temps, l'œuvre de Gustave Le Bon, d'accord sur des nombreux aspects, mais soulignant par contre que la psychologie des foules est elle-même toujours aussi individuelle et qu'il n'y a pas de pulsions grégaires indépendantes de celles de l'individu. Freud explique que dans les foules l'individu renonce à ses pulsions où se débarrasse simplement des refoulements de ses mouvements pulsionnels inconscients pour supprimer ses spécificités et se conformer à la masse.

Freud spécifie, comme Le Bon, que l'individu dans la masse acquiert un sentiment de toute-puissance qui permet un anonymat et un sentiment de protection. Cela confère l'absence de barrière pour un passage à l'acte des excès de son instinct.

Freud explique aussi que les phénomènes de contagion, de suggestibilité et d'induction sont étroitement liés entre eux et qu'ils sont des phénomènes hypnotiques.

Freud distingue différents types de masses, qui peuvent être transitoire ou stable, homogènes ou non, etc. En particulier, il analyse deux types de masses, l'Église et l'Armée, masses hautement organisées, durables et artificielles. Cependant, dans tous les types de masses, les mêmes processus mentaux de base opèrent.

L'Église et l'armée sont des masses artificielles, c'est-à-dire qu'une certaine coercition externe est utilisée pour les protéger de la désintégration et pour empêcher les modifications de leur structure.

Nous pouvons diviser les concepts fondamentaux de la théorie de Freud en différentes parties :

## **1. L'illusion**

De l'analyse de ces phénomènes, Freud déduit que les masses ont besoin d'illusions auxquelles elles ne peuvent renoncer.

## **2. La libido, l'idéal du moi et l'identification**

Freud croit que les masses sont unies par des liens libidinaux et relie le moi à la sociabilité à travers les besoins pulsionnels.

Si l'on prend l'Église et l'Armée comme exemple, ce qui, pour Freud, tient ces masses ensemble, c'est avant tout la constitution d'un chef qui personnifie artificiellement les intérêts de tous.

Freud énonce en fait trois définitions importantes et fondamentales de ses théories telles que «l'idéal du Moi», «l'identification» et «la pulsion grégaire» étroitement liées les unes aux autres. En d'autres termes, il faut que le Moi projette quelque chose de lui-même, c'est-à-dire un idéal ingérable, sur quelque chose d'extérieur. Cette masse primaire est donc constituée d'un certain nombre d'individus qui ont mis un seul et même objet à la place de leur Idéal du Moi et qui se sont donc identifiés les uns aux autres dans leur Moi. Cet objet est par exemple un chef, un patron. L'admiration du chef du groupe passe par un processus d'idéalisation, par les caractéristiques qu'il possède et qui sont recherchées par la masse.

L'idéalisation du Leader masque en fait la haine, l'envie, l'agressivité, qui sont projetées sur les adversaires et sur ceux du groupe qui ne s'identifient pas complètement au Leader.

Ce processus d'idéalisation conduit à l'étape suivante et naturelle d'identification de chaque individu avec les autres individus du groupe. La règle est la suivante : plusieurs égaux qui peuvent s'identifier les uns aux autres et un seul qui les gouverne tous. Cependant, l'identification n'est pas un mécanisme exhaustif, mais nécessite l'application cohérente de l'égalitarisme.

En examinant les deux masses artificielles, l'église et l'armée, leur hypothèse est que tout le monde est aimé également par un individu, le chef.

### 3. La pulsion grégaire

A côté de ces forces d'idéalisation et d'identification que l'on pourrait définir comme verticales, s'étendant d'un bout vers l'individu, Freud voit s'opérer une autre force que l'on pourrait définir comme horizontale et qui s'appelle la pulsion grégaire. Ces personnes « déposent » leur Moi et le confient à quelqu'un d'autre. Une partie de soi, son idéal du Moi, est remplacée par l'idéal du Moi du leader.

La pulsion grégaire est étroitement liée à la limitation du Moi. En effet, le Moi a normalement des tendances d'expansion et la pulsion grégaire permet un frein. Les limitations du Moi sont autorisées par la mise en place d'un idéal du Moi. Lorsque cet idéal est temporairement aboli, par exemple, le Moi retrouve ses tendances à se dilater, car au fond l'idéal du Moi est une manière d'accepter d'être « *compressé* » le plus possible.

En psychopathologie, le problème est de savoir à quel point le Moi est proche ou à quel point il est éloigné de l'idéal du Moi. L'idéal du Moi me dit comment je voudrais être et le Sur-moi me dit comment je devrais être. Les deux sont des instances inconscientes.

En réalité, le Moi et l'Idéal du Moi devraient se rapprocher.

Dans le délire, par exemple, le Moi et l'idéal du Moi sont très éloignés l'un de l'autre, à tel point que souvent la personne idéale, répudiée et intériorisée, « maltraité » le Moi. Le Moi serait alors stimulé à la rébellion par une telle maltraitance, à laquelle le Moi est soumis lorsqu'il s'identifie à un objet répudié.

Même dans les dépressions spontanées, la distance entre le Moi et l'Idéal du Moi est trop grande, provoquant un détachement et une rébellion du Moi par rapport à l'Idéal du Moi.

Dans la manie, en revanche, l'Idéal du Moi s'est temporairement « dissous » dans le Moi, c'est-à-dire que l'Idéal du Moi devient le Moi. Si les deux coïncident, il est difficile de ne pas devenir maniaque et d'aller trop loin.

Dans la mélancolie, au contraire, il y a une sorte de désaccord entre les deux instances, dans lequel l'idéal hypersensible proclame implacablement sa propre

condamnation du Moi sous la forme d'un délire de petitesse et d'autodénigrement. Chez le mélancolique, la distance est énorme, l'idéal du Moi est trop loin du Moi.

L'Idéal du Moi est donc normalement maintenu sans aller jusqu'à l'expansion extrême du Moi ou plutôt vers l'infiniment grandiose et insensé. Cela passe par l'investissement idéalisant d'un objet et plus un objet est considéré comme idéal par plus de personnes, plus il sera facile de renforcer l'investissement affectif dans l'Idéal du Moi, préservant ainsi sa santé mentale. La sociabilité semble donc essentielle pour maintenir cet équilibre mental (Rossi et al 2020).

#### **4. La régression**

Freud affirme que le comportement de la foule est un comportement régressif de la libido vers des états antérieurs de développement. Lorsque la masse est organisée, c'est le leader ou la structure qui empêche la régression totale en induisant des régressions précises et définies.

#### **5. La transgression**

L'ego construit l'Idéal du Moi mais doit prendre sa part d'importance et pouvoir s'élargir de temps en temps. Elle le fait par des transgressions périodiques des interdits de la règle, comme, par exemple, l'institutionnalisation des fêtes, qui ne sont que des excès prescrits par la loi. De cette manière la « franchise » ne sera pas individuelle et donc plus facilement recevable.

#### **6. La renonciation pulsionnelle**

Freud pensait, qu'en entrant dans la masse, il fallait faire un renoncement instinctif. Le genre et la masse sont en désaccord. On peut s'investir dans la masse, dans le groupe et dans la fête, mais il faut se départir du corps et de la sensualité.

#### **7. Conclusion**

A travers "Psychologie des masses et analyse du Moi" la psychanalyse entre dans une dimension socio-politique avec la double analyse du groupe et de l'individu (Freud 1921).

## C. Bion

Bion était un psychanalyste britannique qui a su se distinguer pour ses recherches sur les théories psychodynamiques de la personnalité en élargissant le contenu théorique et la méthodologie de recherche de la psychose aux phénomènes de groupe.

Bion aborde l'étude des groupes en affirmant la nécessité d'une sorte de « vision binoculaire » de l'individu, c'est-à-dire la capacité d'observer le matériel clinique simultanément avec un point de vue individuel et groupale. Cette vision est indispensable à Bion pour la compréhension complète des phénomènes mentaux.

A la fin des années 1940, la clinique Tavistock de Londres demande à Bion de mettre en place des groupes thérapeutiques utilisant ses techniques.

Dans ces expériences, Bion réalise immédiatement la prépondérance des symptômes névrotiques chez l'individu dans le groupe où il est constamment influencé par l'attitude qu'il perçoit du groupe à son égard (Bion 1955).

Notre comportement est modifié en fonction de notre perception et de notre évaluation et ne peut pas être objectif. De plus, l'évaluation et l'attitude que le groupe a envers nous peuvent être perçues consciemment ou inconsciemment.

De la nature de groupe originale de la dyade mère-enfant, nous passons ensuite à un groupe plus étendu et développons une mentalité de groupe et une culture de groupe (Bion 1955).

Pour expliquer tout cela on peut dire que Bion considère le groupe comme un espace émotionnel, comme un contenant d'émotions qui contient donc à la fois des émotions constructives, des espoirs, de la proactivité, mais devient aussi un réceptacle d'angoisses et de peurs, où il y a besoin de contenance comme dans la dyade mère-enfant. L'individu projette ses propres parts agressives, violentes, insoutenables et a donc besoin du soutien du groupe. Il accueille ces parts intolérables, les traite et les restitue à l'individu de manière plus tolérable.

Il y a donc d'une part une dimension constructive qu'il définit comme un groupe de travail, qui se fonde sur la capacité des membres à utiliser leurs propres ressources et à coopérer activement pour la réalisation de la tâche commune. C'est le groupe qui dépasse les frontières de soi, démultiplie notre engagement, nous met en dialogue

avec l'environnement, devient en quelque sorte un multiplicateur de motivations individuelles.

D'autre part, il y a l'ombre et la fatigue de faire partie du groupe. Le collectif risque d'alimenter des fantasmes régressifs dans lesquels les personnes ont le sentiment de perdre une partie de leur individualité au profit de l'adhésion au groupe, qui devient une entité fusionnelle. L'individu régresse vers cet état primitif où il perd son individualité pour adopter celle du groupe à ce moment précis. Les effets bénéfiques de l'appartenance, du sentiment de faire partie d'un corps commun, d'un souffle plus large et plus syntonique, dialoguent constamment avec la peur de se perdre, de se confier totalement au collectif, allant jusqu'à sacrifier sa singularité.

Pour pouvoir l'expliquer, Bion recourt à un concept, celui des axiomes de base, que nous verrons par la suite.

Bion distingue également une mentalité de groupe d'une culture de groupe.

Bion décrit la mentalité de groupe comme une réserve collective, où les contributions individuelles affluent de manière anonyme, permettant ainsi la satisfaction des pulsions et des désirs qui y sont contenus. Cependant, il souligne également que la participation au groupe pose un obstacle significatif à la réalisation des objectifs. Selon cette perspective, la mentalité de groupe devient l'équivalent du "Ça" pour l'individu, parallèlement à la théorie de Freud sur la naissance de la civilisation. Dans cette vision, le progrès de la civilisation résulte de l'abandon par l'individu de ses instincts et de ses pulsions en faveur de la collaboration et de la coopération avec les autres. Les axiomes de base servent de mécanismes de défense et de maintien de la mentalité de groupe selon cette approche (Neri et al 2012).

La culture de groupe est plutôt une rencontre entre la mentalité du groupe et les désirs et la volonté de l'individu seul. L'organisation, la structure, les objectifs, les tâches qu'il décide de réaliser ou d'éviter manifeste en même temps l'émotivité qui prédomine à ce moment donné dans le groupe. Chacun de nous rejoint un groupe avec certaines intentions ou objectifs personnels mais faire partie d'un collectif finit souvent par constituer une expérience émotionnelle particulière qui est en soi passionnante et intense. Bion voit les risques de cette dimension passionnante et fusionnelle (Mansuy, 2010).

Tout cela nous amène à comprendre le concept des axiomes de base.

**1. Axiome de base sur la dépendance** : sous-jacente à cette hypothèse se trouve la croyance qu'il existe un leader sur qui compter et dépendre (un thérapeute dans le cas des groupes thérapeutiques). L'attitude des membres du groupe sera donc celle de la passivité, de la complaisance, du conformisme, de la collusion ou de la perte de jugement critique.

Winnicott (1951) parle de dépendance absolue de l'objet, c'est-à-dire le besoin d'être accueilli dans ses propres parties clivées, angoissantes et de dépendre totalement de cette personne, la laissant élaborer mes expériences et m'orienter vers le chemin à suivre.

Dans ce cas le dirigeant se retrouve dans une position de parent qui doit remédier aux conséquences des actes irresponsables des individus et donc cela renforce le lien de dépendance. Le thérapeute ne doit pas être complice de ce besoin de dépendance des sujets du groupe car en tant que tel il n'est pas une figure parentale. Il ne doit pas résoudre en toute puissance tous les problèmes que lui présentent les groupes mais doit exploiter cette position parentale non pas pour renforcer le besoin de dépendance mais plutôt pour favoriser l'autonomie du groupe.

Les axiomes de base ne sont pas des caractérisations négatives du fonctionnement du groupe. Il est tout à fait physiologique que dans un premier temps un groupe ait une délégation de confiance inconditionnelle envers son leader. Ceci est fonctionnel d'un point de vue opérationnel. Le problème est de savoir si cette géométrie se raidit et se cristallise devenant le fonctionnement constant du groupe sans permettre une possibilité évolutive.

**2. Axiome de base de combat-fuite** : La croyance qu'il y a un ennemi, un autre groupe ou une maladie à détecter et un chef qui organisera le groupe pour combattre ou fuir cet ennemi.

Ce groupe représente un danger qu'il faut fuir ou pour lequel il faut se battre. Dans ce cas, le leader existe pour promouvoir le même type d'émotion que le groupe ressent à ce moment-là. Le groupe agit en résonance avec le leader pour favoriser la survie du groupe. L'individu échoue pour favoriser la survie du groupe.

Bien souvent le protagoniste de ce combat ou de cette fuite est un membre du groupe qui devient un bouc émissaire que tout le monde doit fuir ou que tout le monde doit attaquer.

D'une part, l'axiome de base combat-fuite est fonctionnel tant que la dimension de cohésion, d'union et de familiarité que l'on respire au sein d'un collectif est parfois nourrissante. De la même manière on peut comprendre à quel point il est simpliste de mettre tout le bien dans le groupe et le projet, déchargeant tout le mal dans le groupe extérieur en l'identifiant comme un ennemi constamment à contrer.

**3. Axiome de base d'accouplement** : forme un groupe dans lequel tous les membres sont unis par l'espoir messianique qu'en s'accouplant entre deux membres ou par le chef lui-même, une grande nouvelle idée, le messie, naîtra. Espoir de créativité qui favorise un changement. Il est important que cette idée ne se manifeste jamais car si elle devait se réaliser, l'espoir messianique serait perdu. Il est vraiment fondamental pour le dynamisme créateur du groupe. Par exemple, dans les groupes thérapeutiques, l'espoir de guérison ne peut se matérialiser. Un acte créatif doit rester tel quel pour que les individus puissent diriger leurs impulsions vers lui.

En résumé et pour conclure :

Au sein du groupe il y a deux niveaux :

1. Le groupe axiome de base, qui nous venons de voir.
2. Le groupe de travail

Le groupe de travail est fondé sur la capacité des membres à utiliser leurs propres ressources et à coopérer activement pour la réalisation de la tâche commune.

Le groupe qui travaille avec axiome de base change d'axiome lorsqu'il détecte une menace extérieure qui pourrait conduire à un changement qualifié catastrophique. Il s'oppose à toute évolution et a du mal à accepter le changement, car il est incapable d'accepter de nouveaux contenus sans se détruire ou le détruire.

Sinon le groupe de travail est capable d'accepter un compromis plus ou moins évolutif qui tente d'en contrôler l'impact destructeur (Bion 1961).

## D. Foulkes

Foulkes est un psychanalyste britannique qui a consacré toute sa vie à l'analyse des groupes et les définit comme des entités psychologiques complexes qui influencent le comportement individuel. Ses théories ont eu un impact significatif dans le domaine de la psychothérapie et dans la compréhension des dynamiques sociales, au point de donner naissance à la « groupe-analyse » et aux différents courants de pensée qui la suivent.

Foulkes introduit différents principes de dynamique relationnelle de groupe, en voici quelques-uns des plus importants :

1. Tout d'abord, il y a le concept de "**matrice analytique de groupe de base**". Foulkes développe l'idée selon laquelle les groupes jouent un rôle crucial dans la formation de l'identité individuelle et collective. En fait, le groupe offre un terrain fertile pour l'identification et la comparaison des dynamiques inconscientes, permettant leur exploration et leur résolution. Les expériences et les interactions au sein du groupe influencent la construction de soi et le fonctionnement psychologique des membres. L'individu ne peut exister sans le groupe et vice versa. « *Le groupe est une sorte de modèle de la structure psychique dont les processus dynamiques sont personnifiés et dramatiquement représentés* » (Foulkes, 1965). Le groupe assume le rôle de Ça collectif, de Moi et de Sur-moi.

2. Un autre concept important est le soi-disant "**champ dynamique**" qui, en résumé, représente les forces internes et externes qui agissent sur le groupe et déterminent sa structure et sa dynamique. C'est un réseau qui évolue au fur et à mesure que les échanges entre les personnes se multiplient, jusqu'à prendre une configuration stable, capable d'accueillir et de traiter les contenus transférentiels qui émergent des participants.

3. Un autre type de matrice est celle "**personnelle**", dans la notion de groupe primaire tels que la famille. Il met l'accent sur l'importance des liens émotionnels, des identifications mutuelles et des modèles de communication dans la dynamique des relations.

4. Foulkes a développé le concept d'une "**matrice relationnelle**" pour comprendre comment les expériences individuelles sont influencées par les interactions au sein

d'un système social plus large. Autrement dit, le trouble peut être considéré comme un symptôme d'un système dysfonctionnel, plutôt que comme une caractéristique intrinsèque d'une personne ou d'un groupe spécifique.

5. Foulkes présente l'« **effet miroir** » : « *la situation de groupe a été comparée à un hall de miroirs dans lequel un individu est confronté avec divers aspects de son image sociale psychologique ou physique* ». L'homme se connaît à travers les autres (Foulkes 1969).

6. Un autre aspect important des théories de Foulkes est le concept de "**fusion et différenciation**". Foulkes a observé que les groupes ont tendance à osciller entre des moments de fusion, au cours desquels les frontières entre les membres s'estompent et l'individualité se perd, et des moments de différenciation, au cours desquels des différences individuelles émergent et une plus grande conscience de soi se développe. La fusion et la différenciation sont des processus dynamiques qui affectent la cohésion et la stabilité du groupe.

7. Foulkes développe aussi l'idée d'une **communication multipersonnelle** qui se déroule à plusieurs niveaux en constante interaction :

- Niveau superficiel : groupe en tant que communauté, société, opinion publique ;
- Niveau de transfert : relations d'objet matures. Le groupe en tant que famille avec père, mère et frères et sœurs ;
- Niveau projectif : Les premiers mécanismes mentaux s'expriment au niveau projectif, comme le déni, le clivage, la projection, l'introjection et l'identification projective. On parle de processus d'identification projective, où les membres d'un groupe projettent des aspects de leur propre psyché sur d'autres membres ou sur le groupe dans son ensemble.
- Niveau primordial : c'est le niveau des Archétypes de l'inconscient collectif.

8. L'importance de l'inconscient : Foulkes a souligné le rôle de l'inconscient dans les interactions de groupe et les dynamiques relationnelles. Les processus inconscients,

tels que les fantasmes, les défenses et les pulsions, peuvent façonner les comportements individuels et collectifs au sein du groupe.

9. Foulkes a également introduit le concept de **"la mort et la renaissance du groupe"**. Selon cette théorie, les groupes traversent des cycles de vie similaires à ceux des personnes, avec des phases de naissance, de croissance, de maturité, de déclin et de renaissance potentielle. Pendant la phase de déclin, le groupe peut connaître des conflits internes, des divisions ou des tensions qui peuvent conduire à sa dissolution ou à son réaménagement.

10. Un aspect clé des théories de Foulkes concerne **le rôle de la conscience dans le processus de groupe**. Foulkes croyait que la conscience de soi et des autres était essentielle pour comprendre la dynamique interne du groupe et pour faciliter la croissance et le changement. Le groupe offre un environnement sûr aux membres pour explorer, partager et développer une plus grande conscience d'eux-mêmes et des autres (Foulkes 1978).

## **E. Moreno**

Jacob Levy Moreno était un médecin, psychiatre et psychothérapeute austro-américain, connu pour ses contributions majeures au domaine de la psychothérapie de groupe et du psychodrame. Moreno croyait que le groupe était un outil puissant pour la croissance personnelle et le changement social et il a développé un certain nombre de théories et de méthodes pour comprendre et travailler efficacement avec les groupes.

### **1. Créativité et spontanéité**

Acteur et réalisateur, Moreno utilise le potentiel de la créativité et de la spontanéité, qui est au cœur de sa réflexion.

La spontanéité se définit comme une volonté de recherche et de production originale, qui à son tour nourrit l'ego et induit une nouvelle créativité.

La créativité, en revanche, était considérée comme un moyen de surmonter les schémas de pensée rigides et conventionnels et d'expérimenter de nouvelles possibilités.

## **2. Psychodrame**

L'une des innovations majeures de Moreno a donc été l'introduction du concept de psychodrame, qui est une forme de psychothérapie de groupe qui utilise la dramaturgie pour explorer et résoudre les problèmes émotionnels et interpersonnels. Dans le contexte du psychodrame, les participants agissent en tant que protagonistes et reconstituent des situations de leur vie ou créent des scènes qui représentent leurs émotions et leur dynamique relationnelle. Ce processus permet d'explorer la dynamique interne du groupe de manière plus directe et expérientielle, favorise la compréhension, la résolution de conflits et la croissance personnelle. La fonction du psychodrame est en effet le passage de relations basées sur les stéréotypes, les inhibitions, la dépendance, la destructivité à des relations basées sur l'authenticité, la réciprocité, la compréhension (Moreno 1946).

La libération des stéréotypes et des angoisses névrotiques devient un objectif fondamental du processus thérapeutique. En général, le climat du psychodrame tend à proposer des régressions non anxiogènes, des dynamiques non punitives et à suggérer des stimuli de manière simple et agréable (Anzieu 2011).

## **3. Théorie de l'éthique**

C'est précisément sur cette base que Moreno a proposé que les membres d'un groupe agissent de manière éthique, en prenant soin des autres, en respectant la vie privée et la confidentialité et en travaillant pour le bien du groupe dans son ensemble.

## **4. Théorie des contacts**

Selon Moreno, le contact fait référence à la qualité des relations et des interactions entre les membres du groupe. Un contact sain se caractérise par une connexion authentique, un respect mutuel et une ouverture à la communication. Cependant, le contact peut être entravé par des barrières et des défenses émotionnelles, telles que la timidité, la peur du jugement ou l'évitement de l'intimité. Moreno a souligné l'importance de créer un environnement sûr et de faciliter un contact profond et authentique pour favoriser le bien-être et le progrès du groupe.

## 5. Théorie des rôles

Dans ce domaine, l'une des théories clés de Moreno est la théorie des rôles, qui se concentre sur la façon dont les gens assument des rôles spécifiques au sein des groupes.

Le " rôle " est la forme opératoire et perceptible que le Soi assume lorsqu'il réagit à une situation spécifique dans laquelle d'autres personnes ou objets sont impliqués.

Le rôle implique un rapport à l'autre donc dicté par un rôle et un contre-rôle. Le « contre-rôle » est une fonction du sujet, comme le « rôle », c'est-à-dire qu'il fait partie du monde intérieur, comme objet fantasmé de la relation moi - autre que moi.

Selon Moreno, les rôles peuvent être divisés en deux catégories :

- Rôles formels : il s'agit de rôles officiellement attribués, tels que chef de groupe ou secrétaire.
- Les rôles informels : émergent spontanément au sein du groupe, comme le "divertissant" ou le "leader d'opinion". Moreno a observé que les rôles informels peuvent grandement influencer la dynamique de groupe et qu'ils sont souvent sujets à des conflits et à des tensions.

Dans le psychodrame, l'inversion des rôles est donc proposée pour intégrer le point de vue d'autrui en jouant un rôle et un contre-rôle.

Il peut également y avoir un témoin, qui n'étant pas impliqué, peut analyser la scène et remarquer des aspects que les deux n'ont pas pris en compte (Moreno 1934).

## 6. Télé et transfert

- **Télé :**

Le concept de télé fait référence à la structure primaire de la communication interpersonnelle non verbale. C'est une forme de perception et d'intuition des pensées, des émotions et des intentions des autres. Elle pourrait être définie comme une "unité de sentiment" transmise d'un individu à l'autre, par laquelle passe la qualité attractive (télé positive) ou répulsive (télé négative) de la relation. En termes simples, la télé permet aux individus de connaître et de comprendre les états internes des autres, même en l'absence de communication verbale explicite.

- **Transfert :**

Moreno oppose télé au transfert, qu'il considère comme une projection unilatérale inconsciente sur une autre personne, une stéréotypie répétitive qui surgit suite à l'échec de la télé, c'est-à-dire le manque de réciprocité.

En combinant ces concepts, Moreno a exploré comment la télé et le transfert peuvent jouer un rôle dans la dynamique sociale d'un groupe. Ils peuvent influencer la formation de relations, la perception mutuelle, les choix de partenaires et les dynamiques de pouvoir.

## **7. La sociométrie**

Moreno a également développé la sociométrie, une méthode d'évaluation quantitative des relations sociales au sein d'un groupe. La sociométrie utilise des questionnaires et des entretiens pour recueillir des données sur les préférences d'interaction des membres du groupe. Moreno a cherché à quantifier et à visualiser ces relations en utilisant des outils spécifiques, tels que des diagrammes sociométriques.

La sociométrie peut être utilisée dans différents contextes, tels que les écoles, les entreprises ou les institutions sociales, pour comprendre les dynamiques de groupe, les processus de leadership et les structures de pouvoir.

L'objectif est de favoriser une meilleure compréhension des relations interpersonnelles et de promouvoir des interactions positives et harmonieuses au sein d'un groupe. Cela peut contribuer à renforcer la cohésion, à améliorer la communication et à favoriser un climat social plus sain (Moreno 1954)

## **8. Sociogramme de Moreno**

Le sociogramme est un outil graphique développé par Jacob Levy Moreno pour représenter les relations sociales au sein d'un groupe.

Il utilise des symboles et des lignes pour représenter les membres du groupe et les connexions sociales entre eux.

Les membres du groupe sont généralement représentés par des cercles ou des points, tandis que les liens sociaux sont représentés par des lignes ou des flèches.

Les liens sociaux peuvent inclure des amitiés, des alliances, des collaborations, des préférences d'interaction, etc.

Le sociogramme permet de visualiser rapidement les modèles de relations et de hiérarchies sociales au sein du groupe.

Il peut mettre en évidence les sous-groupes, les leaders, les isolés, les individus centraux, les outsiders, les flux d'information, les niveaux de confiance, la coopération et collaboration, l'influence sociale, les réseaux informels, les sentiments d'appartenance etc.

Les relations sont souvent évaluées en utilisant des questionnaires ou des entretiens pour recueillir les préférences d'interaction des membres du groupe.

Les données recueillies sont ensuite représentées graphiquement dans le sociogramme.

Le sociogramme peut être utilisé pour analyser les dynamiques sociales, la cohésion du groupe, les conflits, les influences, les tendances de communication, etc.

Il est utilisé dans divers domaines, tels que la psychologie, la sociologie, la gestion des ressources humaines, la recherche en groupe, etc.

En analysant ces différentes positions sociales au sein du sociogramme, on peut mieux comprendre les dynamiques de pouvoir, les relations de soutien, les liens de collaboration et les potentiels conflits présents dans le groupe.

En conclusion, Jacob Levy Moreno a apporté d'importantes contributions au domaine de la psychothérapie de groupe et à la compréhension de la dynamique de groupe (Moreno 1934).

#### **IV. Le cycle de vie d'une équipe**

De nombreux auteurs ont considéré différentes étapes dans le cycle de formation d'un groupe. Par souci d'importance nous en avons retenu deux que nous analyserons ensemble : Berne et Tuckman.

Cette schématisation que nous allons voir ne doit pas être vue comme des points distincts et séparés les uns des autres mais comme une simplification d'un processus plus complexe.

La connaissance de ces phases permet à un observateur averti de les reconnaître et de les prédire facilement dans un groupe mature uni par un objectif commun.

Au fur et à mesure que de nouveaux individus sont introduits dans le groupe, il faudra recommencer le processus, régressant ainsi à un niveau antérieur.

La compréhension de ces étapes peut aider à intérioriser les phénomènes qui prennent des dynamiques déconcertantes dans le groupe et le guider dans le choix des techniques d'intervention à mettre en œuvre pour la résolution des différentes étapes à parcourir parce que le groupe lui-même devient efficace et propulsif.

## **A. Groupe Imago de Berne**

Berne définit le soi-disant groupe imago, image du groupe comme un dessin mental « *de ce qu'est un groupe ou comment il devrait être* » (Berne, 1963: 321).

Avant de rejoindre un tel groupe, les individus ont une préconception personnelle du groupe qui est basée sur leurs fantasmes et leurs expériences antérieures avec d'autres groupes. Les individus sont préoccupés par la nature et les limites de la tâche du groupe et ils ont des idées et des attentes préconscientes concernant les règles de base.

Berne se concentre principalement sur la première préoccupation de l'individu au sein d'un groupe et la dépendance vis-à-vis du leader.

La position du leader est une position psychologique très importante qui est placée comme un espace supérieur et soumis à une projection de l'image individuelle de la figure parentale au sens large, où les individus peuvent projeter leurs figures de référence, comme les parents, les grands-parents, enseignants, etc. (Tangolo & Massi, 2022).

Nous avons alors une projection latérale les uns avec les autres.

## **B. Première étape : formation, image provisoire du groupe**

Mots clés : dépendance et orientation.

Tuckman définit cette première étape comme la formation.

En effet, comme le groupe n'est pas encore orienté, et que les rôles respectifs et les attentes mutuelles ne sont pas clairs, les membres ont tendance à établir d'abord une relation de dépendance avec le leader, et seulement plus tard avec les autres membres du groupe.

Le groupe essaie de s'orienter, en se testant, en essayant de définir la nature des frontières et des tâches du groupe, en esquissant l'idée des règles de base et des limites de comportement (acceptables ou non).

Ce début peut aussi être vu comme un moment d'anxiété, de tension et d'insécurité, où le leader a différentes fonctions de base pour que tout soit défini et que nous puissions passer à la phase suivante (Tuckman, 1965).

## **C. Fonctions du leader lors de la première étape :**

- Créer un cadre : contrats de relations clairs entre les différents membres et relations de pouvoir. Il est important de définir les principales frontières externes et internes du groupe. La frontière extérieure comprend l'espace physique où le groupe a sa vie. Selon Gurowitz, la frontière extérieure est largement fonction de la frontière intérieure qu'il assimile à la puissance du leader. Par conséquent, une tâche de leadership serait de créer une frontière interne forte et claire, que le groupe peut ressentir comme une barrière à l'intrusion externe. « *Dans un groupe dont la frontière interne est faible, la frontière externe est vue comme une clôture qui enferme les membres dans un espace insécurisé* » (Gurowitz, 1975 : 184) ;
- Définir quelles décisions et responsabilités doivent être partagées ;
- Définir les règles et donner de la sécurité ;
- Prendre du temps pour les relations : L'une des limites les plus importantes affectant la sécurité et la confiance des êtres humains est celle du temps.

Le leader ne peut éviter d'être leader tout comme un parent ne peut renoncer à sa responsabilité parentale sans mettre en danger l'enfant.

Le leader du groupe, comme un parent, doit avoir le courage de se faire aimer en sachant, tout le temps, que le but ultime est de perdre cet amour.

Ci-dessous, nous définirons les principaux comportements destructeurs et constructifs dans cette première phase de développement de groupe.

#### **a. Comportements destructeurs**

- L'anxiété chez le leader peut être destructrice et la tâche du leader est alors de trouver, pour le groupe, un niveau d'anxiété optimal ;
- Tyrannie du manque de structure. Berne définit la soif de structure comme l'un des besoins fondamentaux de l'être humain (Berne 1963 : 215, 237). La soif de leadership dépend plutôt de la nécessité pour le leader de fournir une structure au groupe au sein de laquelle l'individualité et la créativité peuvent s'épanouir (Berne 1963 : 216). Ce qui peut apparaître comme un manque de structuration (silences prolongés, refus aveugles d'explications) pourrait en réalité être l'imposition pour dissimuler un processus violent et secret (pouvant conduire à l'apparition d'une psychose, par exemple) ;
- Sadisme caché ;
- Confusion sur les rôles ;
- Le leader apparaissant trop agressif ou déductif ;
- Trop d'orientation sur les tâches ;
- Trop de règles, trop d'autoritarisme ;
- L'attention portée à la pathologie d'une personne au détriment des autres membres ;
- Le manque d'attention au temps est souvent cité comme exemple de l'un des comportements les plus destructeurs qu'un leader puisse adopter.

#### **b. Comportements constructifs**

- Des contrats clairs ;

- Structure temporelle claire ;
- Optimisation de l'anxiété ;
- Leadership responsable ;
- Clarté des limites et clarté des tâches de groupe ;
- Facilitation pour que les membres du groupe apprennent à se connaître ;
- Informations de base précoces sur les temps informels (Tangolo & Massi, 2022).

#### **D. Image de groupe adaptée de Berne ou deuxième étape de Tuckman: Storming (de tempête)**

Mots clés : conflit et aspects émotionnels.

Selon Berne, l'image du groupe dans cette phase est adaptée, « *superficiellement modifiée en fonction des évaluations des membres qui sont confrontés à la réalité* » (Berne, 1980 : 321). Le processus interne le plus important sera celui qui résulte du conflit entre les inclinations individuelles et la cohésion du groupe et se déroule, tout d'abord, dans la frontière interne majeure, celle entre les membres et le dirigeant.

Selon Berne « *Dans un groupe psychothérapeutique, un membre adaptable ne commencera pas à jouer ses jeux tant qu'il ne connaîtra pas sa position avec le leader. Si, au contraire, il est arbitraire et inadaptable il pourra agir prématurément et payer la pénalité* » (Berne 1963 : 224-5)

La tempête peut se manifester de diverses manières et souvent être cachée ou résulter de la passivité. C'est l'étape la moins productive.

Dans la terminologie de Tuckman, la deuxième étape ou prise d'assaut, se caractérise, comme à Berne, par le conflit du groupe envers le leader avec une polarisation sur la problématique interpersonnelle comme réponse émotionnelle à la demande de réaliser l'objectif. La relation peut « se rompre », mais il est souvent plus approprié d'utiliser le terme « activer ». C'est un moment de résistance, où le style de leadership est ici aussi essentiel pour la résolution et le passage de la phase.

Cette étape est un préalable important et fondamental pour le fonctionnement futur du groupe et on pourrait rapprocher ce moment de l'étape "terrible" des deux années de vie de l'enfant.

### **E. Les objectifs du leadership au cours de la deuxième étape :**

1. Maintenir les limites et les objectifs du groupe, mais en même temps, laissez aux membres du groupe le maximum d'occasions de tester la situation.
2. Le leader doit survivre, en contrant les attaques verbales venant du groupe sans punir et sans trop s'excuser.
3. Ne pas chercher de soutien inapproprié dans le groupe ou parmi les membres du groupe de la même manière que certains enfants deviennent les soignants de leurs parents lorsqu'ils ne sont pas assez compétents pour bien s'occuper d'eux.

#### **a. Comportements destructeurs :**

- Un leader qui ne reconnaît pas le conflit, le nie ou l'ignore ;
- Un leader qui interprète la colère et la rébellion comme une pathologie individuelle ou de groupe en la partageant d'une manière qui invalide ou subjugue les membres du groupe ;
- Leader apparaissant trop fragile ;
- Leader couvrant l'un des 4 rôles dramatiques : Victime, Persécuteur, Sauveur, Spectateur ;
- Leader offrant un support de polarisation ;
- Pas de pénalités ou de pénalités injustes ;
- Leader quittant le groupe ;

#### **b. Comportements constructifs :**

- Pas d'effondrements sous la critique ;
- Ne pas se livrer au chantage et aux défis ;

- Valider le droit des personnes à leurs sentiments, pensées, opinions et préoccupations ;
- Être flexible dans la négociation des enjeux pour permettre au groupe de se forger sa propre culture (Tangolo & Massi, 2022).

## **F. Troisième étape de Tuckman : Norming (période normative)**

Mots clés : cohésion et échange

Le groupe retrouve une atmosphère positive et se caractérise par la cohésion, l'entraide et l'échange émotionnel. À ce stade, les difficultés de leadership avec le leader sont bien résolues et les conflits interpersonnels résolus ou peuvent être traités de manière constructive.

### **a) Comportements destructeurs**

- Le leader essaie d'établir des règles au lieu de normes. C'est la rigidité qu'il faut éviter, en effet, dans cette phase le leader perd souvent sa centralité et il est important qu'il laisse place à un niveau de liberté, où les individus peuvent faire jouer leurs différents besoins personnels ;
- Le leader laisse aux membres destructeurs la possibilité de rester et d'altérer la cohésion même du groupe ;
- Le leader surexprime ses valeurs en nuisant au positionnement personnel des membres.

### **b) Comportements constructifs.**

- Renforcement et valorisation des membres qui favorisent la formation de la culture de groupe ;
- Facilitation du développement de normes de groupe qui façonneront sa personnalité ;
- Flexibilité autour des normes ;
- Exclusion des membres destructeurs après analyse bénéfique/risque par rapport au reste du groupe (Tangolo & Massi, 2022).

## **G. Image de groupe secondairement ajustée de Berne ou Tuckman quatrième étape, la performance**

Les mots clés sont : prise de rôle et résolution de problèmes.

Le groupe a résolu avec succès les problèmes relationnels et se concentre maintenant sur la tâche qui lui est assignée.

Ce sont des équipes performantes, le plus haut niveau de collaboration est atteint. La structure est très stable et peut faciliter de manière décisive le travail de groupe. Au niveau interrelationnel, personne n'a peur de s'ouvrir complètement, de partager ses faiblesses et d'avoir le courage d'expérimenter.

C'est le moment où le leader peut déléguer davantage car le groupe a pleinement adhéré aux valeurs et aux principes.

La tâche principale du leader dans cette phase est de profiter du résultat du travail, de surveiller, de sécuriser et de permettre à chaque membre du groupe la possibilité d'accomplir des actes de leadership.

### **a) Comportements destructeurs du leader :**

- Se valoriser plus que les autres ;
- Ne pas respecter l'autonomie du groupe ;
- Humilier les individus du groupe ;
- Trop de rigidité sur les règles comme le respect des horaires, faisant comprendre au groupe que ses efforts ne suffisent pas ;
- Ne pas déléguer assez et conserver le pouvoir trop jalousement ;
- Donner peu de valeur aux sentiments.

### **b) Comportements constructifs du leader :**

- Permettre aux gens d'être des leaders et d'intervenir au besoin ;
- Le contrôle minimum avec maintien des périmètres du groupe ;
- Encouragement et détente ;

- Permettre au groupe de faire des choix ;
- Mettre l'accent sur le plaisir de travailler ;
- Encourager et valoriser : l'autonomie, l'authenticité, la spontanéité, les sentiments, les compétences et la culture (Tangolo & Massi, 2022).

## **H. Cinquième étape : Ajournement (période de suspension)**

Mots clés : retrait et suspension.

Phase finale précédant la dissolution du groupe, caractérisée par un désengagement émotionnel.

Il y a deux rôles principaux du chef :

1. Garder le groupe "occupé" en empêchant les individus de s'enfuir de leurs tâches.
2. Accompagner la résiliation ou le deuil.

En fait, cette dernière phase est celle du deuil (Lacoursière, 1980) ou de l'ajournement « report » (Tuckman et Jensen 1977).

L'objectif collectif du groupe est la résiliation. Psychologiquement, le groupe doit dire au revoir et négocier tous les processus de deuil pertinents.

## **I. Conclusion**

L'intérêt de ce modèle est que l'individu est vu comme faisant partie d'un processus évolutif de groupe, où les échanges relationnels et la dynamique qui s'ensuit deviennent fonction de l'accomplissement d'une tâche bien précise.

De plus, le conflit n'est pas considéré comme un problème mais plutôt comme un processus physiologique nécessaire à ne pas bloquer mais plutôt à valoriser et à résoudre.

## **V. La leadership dans les équipes**

La leadership est une fonction exercée par le leader d'un groupe.

Le leader doit être une personne capable de guider, d'inspirer et d'influencer les autres en prenant des décisions stratégiques et en motivant le groupe vers un objectif commun.

Le leadership est un phénomène complexe et toutes les théories examinées ne seront pas exhaustives ou universellement applicables, en raison des variables importantes des circonstances et des personnes impliquées.

Nous allons résumer les principales approches théoriques :

### **A. Théorie des traits**

Cette théorie se concentre sur les traits personnels associés à un leadership efficace et identifie des caractéristiques telles que le charisme, l'intelligence, la confiance en soi et les compétences en communication comme attributs essentiels des leaders (Allport, 1960).

### **B. Théorie comportementale**

Cette théorie stipule que les actions et les comportements des dirigeants déterminent leurs succès. Cette théorie cherche à déterminer quels comportements sont les plus efficaces dans différentes situations.

Cependant, l'explication de la personnalité du leadership n'a pas de valeur scientifique significative. Les théories les plus reconnues soulignent l'importance des exigences fonctionnelles de la situation.

Le comportement des leaders a été étudié, avec différents styles de leadership identifiés tels qu'autoritaire, démocratique ou permissif. Le style démocratique est associé à un meilleur moral du groupe et à une plus grande efficacité.

Certains auteurs ont identifié deux rôles fondamentaux pour le leader : le « spécialiste de la tâche » et le « spécialiste socio-émotionnel ». Il est difficile pour un leader de remplir les deux rôles en même temps.

Certains auteurs ont proposé un modèle intégratif qui considère l'attention du leader à la tâche et les relations au sein du groupe comme des éléments distincts.

Le comportement du leader peut aller de la délégation totale au groupe dans la prise de décisions à la prescription complète par le leader (Blake and Mouton 1987)

### **C. Théorie contingente et situationnelle**

La théorie précédente, basée sur l'orientation des tâches et des relations, a été critiquée pour l'absence de relation directe entre le style de leader et l'efficacité du groupe. Par conséquent, un modèle interactionniste de leadership, appelé modèle de contingence, a été proposé dans lequel l'efficacité d'un leader dépend de la correspondance entre le style du leader et le type de contexte dans lequel il se trouve. Des facteurs tels que la structure organisationnelle, la culture d'entreprise et la maturité des membres de l'équipe peuvent influencer le type de leadership qui fonctionne le mieux.

Selon le concept de leadership adaptatif proposé par Hersey et Blanchard, les managers doivent adapter leur style de leadership aux situations et besoins spécifiques de leurs collaborateurs. La combinaison de comportements directifs (axés sur les tâches) et de soutien socio-émotionnel (axés sur les relations) doit s'exprimer en fonction de la situation. Le leader doit évaluer soigneusement le contexte et le climat du groupe et adapter son style de leadership en conséquence.

Les trois éléments situationnels clés qui influencent la situation pour ou contre le leader sont :

- La relation dirigeant/membre ;
- La structure de la tâche ;
- Le pouvoir du chef.

Ces variables situationnelles sont dynamiques et peuvent varier. La tâche principale du leader est de reconnaître et d'évaluer le niveau de maturité ou de compétence atteint par les membres du groupe et d'adapter son style de leadership en conséquence.

Hersey et Blanchard (1969) présentent un schéma illustrant la relation entre la maturité des membres du groupe et les styles de leadership appropriés à adopter. Quatre styles de leadership sont identifiés :

- Déléguer ;
- Impliquer ;
- Vendre ;
- Prescrire.

Chaque style correspond à un niveau de maturité différent du groupe et nécessite une combinaison spécifique de comportements de leadership et relationnels

En conclusion, la théorie du leadership situationnel souligne que les traits de personnalité du leader ne sont pas décisifs pour le succès de son rôle, mais la capacité d'adaptation et d'ajustement à la situation est cruciale, équilibrant le comportement directif et relationnel avec les membres du groupe (Hersey and Blanchard, 1969).

#### **D. Leadership transformationnel ou théorie de la voie du charisme**

Le leadership transformationnel est un type de leadership qui repose sur la capacité du leader à influencer les valeurs, l'estime de soi, la confiance et la motivation des membres du groupe. Ce style de leadership se concentre sur la création d'une vision qui inspire et motive les membres de l'équipe à dépasser les attentes et à exceller. Un leader transformationnel utilise le charisme pour créer un lien spécial avec les membres du groupe, communique efficacement des idées cruciales et stimule la créativité et l'innovation. Les effets du leadership transformationnel sont des performances plus élevées, la satisfaction des membres de l'équipe et un engagement accru (Bass 1985).

## **E. Leadership authentique et éthique ou théories des comportements de service**

Le leadership authentique s'inspire du leadership transformationnel mais se concentre sur la conscience de soi et la transparence dans la relation avec les membres du groupe. Un leader authentique devient un modèle pour les autres, encourage le développement des compétences individuelles et favorise un climat positif au sein du groupe. Les quatre facteurs qui définissent un leader authentique sont :

- Connaissance de soi ;
- L'équilibre ;
- Le sens moral ;
- Et la transparence relationnelle.

Le leadership éthique met l'accent sur l'importance d'un comportement moralement irréprochable de la part des dirigeants et sur l'aide aux membres du groupe pour développer une conscience éthique. Les leaders éthiques créent des conditions et une culture qui renforcent le sens éthique dans le groupe et la punition de l'immoralité (Saint-Michel, 2023).

## **F. Conclusion**

En résumé, ces diverses approches théoriques se concentrent sur un leadership efficace qui intègre des éléments liés aux tâches avec des composantes socio-émotionnelles, créant une vision inspirante, promouvant l'authenticité ainsi que l'éthique et influençant positivement les membres de l'équipe.



## PARTIE 2

### OUTILS D'ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DES EQUIPES EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

#### I. Préambules

Dans le premier chapitre, nous avons examiné le groupe en tant que tel, en analysant les premières découvertes et études.

Dans ce chapitre, nous tenterons de proposer une structuration de concepts plus spécifiques au travail institutionnel psychiatrique en essayant de donner une empreinte théorique mais en même temps pragmatique, dans l'analyse des enjeux de la prise en charge quotidienne.

La question que nous nous posons maintenant est la suivante : une institution de soins psychiatriques est-elle comparable à tout ce que nous avons décrit pour les groupes en général ?

Pinel (1996, p. 53) explique que les institutions psychiatriques « *ont certaines spécificités d'allure paradoxale, qui majorent leur fragilité* ».

Ce que Pinel entend par allure paradoxale, c'est par exemple, la position transitionnelle entre la pathologie et l'ordre social. Le fait que les institutions psychiatriques soient un espace d'accueil pour "les négatifs", les "exclus", les "impensables" et qu'ils soient exclus tout en exerçant une fonction dans la société.

Dans la pratique, tout cela réactive le mythe archaïque de la mère toute-puissante et produit des oscillations entre toute-puissance et impuissance. L'institution est à la fois un garant idéal de l'identité individuelle mais en même temps toujours insuffisamment bonne (Enriquez, 1984).

Un autre paradoxe des institutions, comme nous l'explique Kaës, est « *l'idée que le lien soigne et ceci est susceptible de devenir pathogène* » (Kaës et al 1996, p.3).

L'institution est quelque chose de complexe à représenter, l'erreur la plus fréquente est celle du fait qu'en raison de son « *irreprésentabilité* » on met en œuvre une forme de réduction en assimilant le "fonctionnement institutionnel au fonctionnement psychique d'un seul sujet" (Pinel et al 1996, p.51).

## **II. Appareillage psychique et réalité psychique groupale**

Selon Kaës, l'institution est un appareillage psychique de groupe : « *un mode de liaison entre deux structures psychiques spécifiées par leur organisation subjective propre* » (Kaës et al., 1996 p. 11), qui s'organise dans une réalité psychique de groupe.

Selon René Kaës, la « *réalité psychique de groupe* » est une notion qui renvoie à la dimension psychologique et symbolique qui se développe au sein d'un groupe. Elle renvoie à la construction collective de sens, de fantasmes, de représentations et de dynamiques psychiques qui se développent entre les membres du groupe.

La réalité psychique de groupe implique un partage d'images mentales, de fantasmes inconscients et de représentations symboliques qui se développent à travers les interactions et les relations au sein du groupe. Ces éléments psychiques collectifs peuvent influencer les perceptions, les comportements et les dynamiques relationnelles au sein même du groupe.

Kaës soutient que la réalité psychique de groupe est influencée par des processus inconscients, tels que l'identification projective, le partage des fantasmes et la négociation des significations. Ces processus peuvent affecter la construction de l'identité du groupe, la dynamique du pouvoir, la communication et la culture de groupe. La notion de réalité psychique de groupe souligne l'importance de comprendre la dimension symbolique et inconsciente de la dynamique de groupe. Elle met l'accent sur le rôle des représentations mentales et des interactions psychiques dans la création de la réalité collective qui caractérise le fonctionnement et le sens du groupe (Kaës, 2010).

### III. Intrapsychique, interpsychique, transpsychique

Le groupe est un appareil de liaison et de transformation de la réalité psychique dans trois espaces : intrapsychique, interpsychique et transpsychique.

Selon Kaës ces trois espaces sont articulés les uns aux autres et en transformation permanente (*Colloque-Apsyfa, 2017*).

- **Intrapsychique** : désigne les processus psychiques qui se déroulent au sein d'un même individu qui constitue le groupe et en devient membre. C'est le niveau d'expériences, de désirs, de conflits et de mécanismes de défense qui se produisent au sein de la psyché d'une personne, « introjectant » par le groupe certains processus, et « *projetant ou transférant sur lui ou en lui des objets et des processus internes, mais en les liant avec ceux d'autres sujets* » (Kaës, 2010).
- **Interpsychique** : concerne les processus psychiques qui se déroulent entre les individus. Ce sont les relations et les interactions entre deux ou plusieurs personnes, impliquant la communication, la réciprocité émotionnelle, l'empathie et la construction de significations partagées.
- **Transpsychique** : fait référence aux processus psychiques qui dépassent les frontières des psychismes individuels et impliquent l'interaction entre des groupes ou des systèmes sociaux plus larges. Ce niveau comprend la dynamique de groupe, les influences sociales, culturelles, transgénérationnelles et la construction collective du sens (Bolognini, 2014).

### IV. Organismes psychiques et socioculturels

#### A. Organismes psychiques

Les organismes psychiques est un concept développé par Kaës à partir des théories d'Anzieu et se définit comme une « *formation inconsciente, par exemple un imago ou un fantasme qui organise la prise en charge institutionnelle* » (Fustier, 1999, p.94) et influence la forme de l'exécution qu'ils prendront les projets et les objectifs.

## **Kaës (1999) identifie 4 types différents d'organiseurs psychiques :**

**1. Image corporelle et schéma de soi :** L'image corporelle fait référence à la représentation interne qu'un individu a de son corps. Cette image n'est pas seulement une perception physique, mais comprend également l'image émotionnelle, symbolique et sociale que l'individu associe à son corps. L'image corporelle est importante dans le contexte des groupes car elle influence la perception de soi, la confiance en soi et la dynamique relationnelle au sein du groupe.

**2. Fantôme originel :** selon Freud (1987), le « fantôme originel » fait référence à une scène ou à un événement traumatique primitif qui s'est produit dans la vie d'un individu pendant son enfance. Cet événement peut être une expérience de nature sexuelle ou émotionnelle, souvent associée à une forte charge affective, comme un traumatisme, un conflit ou un désir insatisfait.

Le "fantôme originel" est une image mentale puissante et persistante qui reste dans la psyché de l'individu et affecte sa vie et son comportement. Ce fantasme peut émerger sous forme de souvenirs, de rêves, de désirs inconscients ou de symptômes psychologiques. Elle peut également influencer la formation de schémas relationnels, de schémas d'attachement et d'attitudes envers soi et les autres.

Kaës souligne l'importance de comprendre et d'analyser ces fantômes originaux dans les relations de groupe. Le fantôme originel crée un socle commun de représentations imaginaires qui contribuent à la construction de l'identité collective et des relations internes au groupe (Kaës, 1999).

**3. Complexes familiaux :** Les complexes familiaux font référence au réseau de relations et de dynamiques psychologiques qui se développent chez un individu au cours de son enfance. Kaës soutient que les individus apportent avec eux ces dynamiques et ces modèles relationnels intériorisés dans leurs interactions avec les groupes. Les complexes familiaux influencent la dynamique interne des groupes, créant des parallèles ou des répétitions de la dynamique familiale.

**4. Les imagos :** Le concept des "imagos" fait référence à des représentations ou des images mentales inconscientes intériorisées. Il s'agit plutôt d'un schéma imaginaire qui oriente spécifiquement la manière dont le sujet perçoit l'autre, c'est-à-dire oriente ses projections.

Ces quatre organisateurs régulent la dynamique des relations de groupe et permettent l'intégration d'objets internes, de scènes primitives, de fantasmes inconscients et de processus d'identification et de temps.

Selon Fustier, l'analyse de ces organisateurs permet d'accéder à deux types de données :

- **Théories spontanées** : que l'on retrouvera souvent dans le projet institutionnel. Elles servent de références et de justificatifs à la prise en charge et se définissent comme ces « *discours institutionnels qui expriment en quelque sorte l'organisateur en le mettant en mots [...], vont servir de référence à la prise en charge, en être le justificatif* » (Fustier, 1999, p.94).
- **Les caractéristiques du dispositif** : « *c'est la tentative d'accueillir l'organisateur dans un système de réalité* » (Fustier, 1999).

## **B. Les organisateurs socioculturels**

Les organisateurs socioculturels, quant à eux, font référence aux aspects culturels et sociaux qui influencent la formation et l'expression des organisateurs psychiques. Cela comprend les normes sociales, les valeurs culturelles, les systèmes de croyances, les rôles sociaux, les conventions culturelles et le contexte institutionnel. Les organisateurs socioculturels aident à façonner les relations interpersonnelles, les structures familiales et la dynamique de groupe en fournissant un contexte social et culturel dans lequel les organisateurs psychiques se développent et se manifestent (Kaës, 2010).

En conclusion, les organisateurs psychiques et socioculturels réunis influencent les perceptions de soi et des autres, les modèles d'interaction sociale, la dynamique de groupe et la dynamique institutionnelle.

## **V. Propriétés invariantes des systèmes humains : l'institution psychiatrique en tant que système**

Selon la théorie générale des systèmes de Bertalanffy (2002) on peut considérer l'institution psychiatrique comme un système ouvert, qui obéit à différentes propriétés invariantes, fondatrices dans la construction stratégique d'un changement individuel ou collectif.

### **A. Finalité**

L'objectif principal de l'établissement psychiatrique, qui peut comprendre la prestation de soins aux patients souffrant de troubles mentaux, la promotion du rétablissement, l'amélioration de la qualité de vie et la promotion de la santé mentale. La clarté et l'alignement des objectifs et des intentions sont des éléments fondamentaux pour assurer le fonctionnement harmonieux et efficace des équipes.

### **B. Intégralité et non-sommativité**

Cette propriété implique que le système psychiatrique doit être considéré comme un ensemble interconnecté de composants, où les parties ne peuvent pas être considérées uniquement comme la somme de leurs parties, mais doivent être comprises dans le contexte du système comme un tout complexe.

### **C. Équifinalité**

Cette propriété suggère que le même résultat final peut être atteint par différents chemins ou stratégies et qu'au fil du temps, l'état d'un système devient moins dépendant de la condition initiale.

### **D. Homéostasie**

Cette propriété fait référence à la capacité du système psychiatrique à maintenir un équilibre ou une stabilité interne grâce à des processus de régulation et à la tendance à maintenir l'état initial.

## **E. Complexité et adaptabilité**

Sont des concepts importants dans les systèmes humains tels que les institutions. La complexité se réfère à la circulation d'échanges diversifiés et multidirectionnels, ce qui rend les comportements prévisibles plus difficiles. La taille d'un système n'est pas toujours liée à sa complexité. Une gestion axée sur l'initiative individuelle favorise l'adaptabilité, tandis que des règles excessives peuvent entraver l'innovation. Trouver le bon équilibre entre la liberté d'expression et les limites est crucial pour assurer l'efficacité et la pérennité du système.

## **F. Information et intégration**

Cette propriété répond au besoin d'une circulation efficace de l'information et de l'intégration des connaissances au sein du système psychiatrique. Les informations sur les patients, les évaluations, les diagnostics et les plans de traitement doivent être collectés, communiqués et intégrés entre les différents professionnels impliqués pour assurer des soins cohérents et coordonnés. L'information circule entre les éléments du système, créant ainsi l'organisation. L'information nouvelle modifie les représentations mentales et influence le système à agir selon ses objectifs et contraintes. Pour recevoir de l'information, celle-ci doit être identifiable, compréhensible et pertinente. Les flux d'information nourrissent les échanges et permettent aux décideurs de diriger le système et aux opérationnels de comprendre et de se motiver. La circulation de l'information se fait à travers les flux montants, descendants et horizontaux. Certains systèmes privilégient un type de flux, ce qui affecte leur comportement global. Les échanges d'informations créent des interactions qui structurent les relations et le fonctionnement du système. Ils sont une source d'observation pour conduire un changement (Beriot 2018).

## **VI. Les fonctions phoriques**

Nous pourrions définir la fonction phorique comme des espaces psychiques où la souffrance peut être déposée et transformée.

Dans le contexte de l'analyse de la dynamique relationnelle d'une institution, nous avons des termes récurrents qui se réfèrent à des rôles ou des fonctions spécifiques attribués aux individus au sein de cette institution (Kaës, 2013).

Voici une brève explication de chacun des termes :

### **A. Porte-parole**

Le porte-parole est chargé de représenter et de communiquer les positions, les opinions ou les décisions officielles de l'institution. Il peut prendre cette fonction de façon non officielle ou être désigné par l'institution de façon officielle.

### **B. Porte-symptômes**

Le terme "porte-symptômes" fait référence à une personne ou un groupe qui incarne les problèmes, les préoccupations ou les dysfonctionnements de l'institution. Souvent la « pathologie institutionnelle » se présente chez les porte-symptômes dans des formes de pathologie psychosomatique.

### **C. Porte-idéaux**

Le porte-idéaux est celui qui incarne les valeurs, les principes et les idéaux de l'institution. Cette personne est souvent considérée comme un modèle à suivre et peut être impliquée dans la diffusion des valeurs de l'institution à travers ses actions et son discours. Il peut être aussi un initiateur pour les nouveaux arrivants.

### **D. Porte-rêve**

Il est utilisé pour désigner un membre du groupe qui assume la fonction de contenir, de symboliser ou de représenter les fantasmes des autres membres du groupe.

### **E. Thanatophore**

C'est Emmanuel DIET qui a introduit la notion faisant allusion aux dynamiques de groupe mortifères : « *sujet qu'il faut bien finir par identifier non seulement comme le*

*porteur mais comme la source sinon unique, du moins centrale – de la destructivité ressentie ou constatée » (Diet et al 1996, p. 123).*

## **VII. L'espace interstitielle dans l'institution**

Un espace interstitiel est un concept utilisé pour décrire un espace de rencontre informel entre les membres d'une équipe, où on exprime la banalité et où on peut parler de sujets personnels dans l'ambiguïté entre travail et non travail (Fustier, 2012).

Il s'agit souvent de lieux tels que le bureau de la secrétaire, la cafétéria, le vestiaire, le couloir où les membres de l'équipe peuvent se croiser et échanger des paroles informelles, etc.

Ce ne sont pas les lieux où se déroule la tâche primaire de l'institution mais, comme l'explique Roussillon (1987), l'espace interstitiel doit être pensé comme un phénomène de transitionnalité, selon le modèle dedans-dehors de Winnicott.

Ce processus implique à la fois de trouver des moments et des lieux dans l'institution (dedans) et de créer (dehors) de nouvelles formes d'interaction interpersonnelle qui ne sont pas régies par les normes et les règles de travail formel.

Ces espaces interstitiels sont importants pour différentes raisons pour la dynamique de l'équipe, car ils permettent aux membres de se reconnaître mutuellement comme étant partiellement des semblables, de partager une même utopie, et de travailler ensemble sur des questions liées à leur pratique professionnelle. Les paroles échangées dans les espaces interstitiels peuvent mobiliser des affects puissants.

Les types d'échanges qui s'opèrent dans l'espace interstitiel varient de la banalité au véritable travail de pensée de groupe entre privé et professionnel, et entre travail et plaisir, permettant la formation d'une enveloppe qui protège contre les angoisses primaires et empêche la violence de s'exprimer car « *on peut rester ensemble sans risque* » (Fustier, 2012).

Lorsque les interstices ne sont plus acceptés, tolérés ou subitement changés (même parfois par une amélioration des conditions) il devient difficile de « faire équipe ». Lors

de l'analyse de toute équipe, l'analyse de ces espaces est fondamentale, tout comme elle permet à l'ambiguïté qui les caractérise de rester active.

Un espace interstitiel n'est pas une perte de temps pour les équipes mais plutôt un espace nécessaire à l'efficacité d'une équipe pour un bon travail institutionnel (Fustier 2012).

## **VIII. Mythe des origines, de ré fondation et de dualité**

Paul Fustier (1999) explique comment l'axe principal du travail psychique d'une équipe est le travail sur l'origine. Il parle donc de mythe d'origine.

Fustier soutient aussi, que toutes les institutions s'organisent autour de récits qui évoquent souvent, par leur contenu fabuleux, un mythe ou une légende. Ce mythe permet de décrypter et d'illustrer les croyances et les valeurs avec lesquelles se rêve la fondation. La fondation rêvée s'agit souvent d'une utopie et incarne un désir, comme si c'était la photo et l'institution son négatif au sens photographique.

Les récits ont des caractéristiques particulières telles que Fustier décrit (1999) :

- La présence d'adversaires « *ces adversaires servent le clivage, ils reçoivent en dépôt les éléments mauvais, en débarrassant ainsi la fondation qui pourrait alors rester absolument bonne et prise dans l'illusion groupale* ».
- L'héroïcité : des luttes contre les adversaires.
- « *Les signifiants de l'autarcie : [...] le lieu se suffit à lui-même* ».

Le mythe a pour rôle de donner « une signification au monde et à l'existence humaine » (Éliade 1963, p 177), de donner un modèle divin qui permet à l'homme de rester dans le "sacré" et le ressentir dans la tâche primaire (Éliade 1957, p.86-88).

Au moment où le récit du mythe de la fondation se perd, l'institution est souvent bureaucratisée ou ajoute au mythe de ses origines, un mythe de la refondation, où l'on raconte comment l'équipe aurait surmonté des crises importantes. Fustier (1999) explique comment « *est souvent mis au travail la différence entre un passé (mythique*

*et merveilleux) et un présent qui exclurait le merveilleux ».* Ainsi s'opère un deuil de l'utopie de la fondation et le travail psychique de l'institution se concentre sur la mutation et la transformation de comment rester fidèle au passé, et à ses valeurs utopiques sans ne plus vivre dans la légende.

Un autre type de mythe caractéristique des institutions que l'on pourrait ajouter au rapport de Fustier est celui que Lemaître N. (1984) appelle « le mythe de dualité ». Elles constituent des « histoires édifiantes » qui contiennent une morale et un enseignement et permet d'analyser comme l'institution résout les dualités et les contradictions. Un exemple très connu est celui

*« où l'ancien président d'IBM, Thomas Watson, figure importante de la culture de l'entreprise, se voit interdire l'entrée du siège social de sa propre entreprise par le portier de l'immeuble. Celui-ci fort confus explique qu'il a reconnu M. Watson mais qu'il ne peut le laisser passer car M. le président ne porte pas de badge obligatoire pour tout le personnel »* (la Revue, 2010).

La fonction de ces mythes duaux est de contribuer, à la différence des mythes fondateurs, à placer les institutions elles-mêmes hors du temps et à les rendre symboliquement éternelles afin de pouvoir rassurer sur l'incertitude du présent (Laroche 2005, p.562-563).

Le processus de formation d'un mythe institutionnel est dicté par trois phases telles que Duez (1996, p. 168-169) les décrit :

**1. La cause originaire :** « *évènement réel ou imaginaire qui, produisant un conflit psychique, conduit une personne ou un groupe de personnes à poser un fait fondateur ou re fondateur : l'acte instituant et le mythe qui le justifie* ».

**2. Le mythe fondateur :** « *le mode originaire de résolution [du conflit psychique, souvent contenant] de la contradiction* ».

**3. L'institutionnalisation du mythe lui-même :** processus par lequel un mythe, (ce conflit psychique) s'incorpore dans les institutions en relation avec l'exercice de la tâche primaire et dans le travail quotidien.

## **IX. Les alliances invisibles dans les institutions**

### **A. Contrat narcissique**

Le terme "contrat narcissique" fait référence à la demande selon laquelle chaque individu doit occuper une position spécifique au sein du groupe et est régulé par des alliances inconscientes. Cette position est basée sur le mythe fondateur du groupe

A partir de Freud, différents auteurs ont parlé de contrat narcissique, dont Aulagnier et Kaës. En particulier, Kaës en parle en intégrant et en appliquant le même concept aux groupes.

Kaës (1993) distingue deux types de contrats narcissiques :

1. Le premier concerne la filiation, c'est le contrat originel établi entre l'enfant et le groupe primaire, la famille.
2. La seconde concerne l'affiliation, c'est-à-dire un contrat narcissique qui s'établit au moment où l'individu s'intègre à un groupe secondaire, comme l'école, le travail, les amis.

Le contrat d'affiliation permet de travailler sur le contrat de filiation étant parfois en discorde ou en conflit.

Il y a généralement un « porte-parole » qui garantit d'exprimer les attentes du nouvel individu dans le groupe. En filiation c'est la mère, tandis qu'en affiliation les porte-paroles peuvent être différents comme un collègue ou le chef.

Le contrat narcissique est une question d'identité car la société réserve une place préalablement pensée à travers le mythe d'origine à chaque nouveau-né, exigeant cependant qu'il devienne le garant de la continuité originelle.

*« Le contrat narcissique implique dans sa constitution une violence structurante »* vue la place préalablement désignée, mais reste quand même un contrat (Kaës, 1993, p 273).

## **B. Pacte narcissique**

Il existe après des formes pathologiques que on appelle plutôt « pacte narcissique », où il n'y a pas de contrat ni de garant. La violence et la coercition sont à la base du rapport institué sans liberté ni autonomie ni subjectivation de ses membres (Kaës, 1993, p. 273).

## **C. Pacte dénégatif**

Le pacte dénégatif est un accord inconscient entre les membres d'un groupe qui implique le déni de ce qui pourrait menacer le lien lui-même. C'est un aspect complémentaire du contrat de renonciation et du contrat narcissique. Elle permet l'existence de zones d'ombre et d'ambiguïté qui ont pour fonction de préserver ces espaces mentaux partagés de refoulement nécessaires au fonctionnement de certaines dynamiques collectives, comme l'idéal commun ou les mécanismes de défense partagés (Kaës, 1989).

## **D. Tâche primaire**

La notion de " tâche primaire " est strictement corrélée au contrat narcissique et fait référence à une fonction fondamentale dans les groupes humains. Elle désigne la responsabilité principale ou la mission centrale qui est assignée à un groupe ou à ses membres. Cette tâche primaire est essentielle pour la cohésion et la survie du groupe, car elle fournit un objectif commun et guide les interactions entre les membres. Elle peut varier en fonction du contexte, du type de groupe et de ses objectifs spécifiques. L'accomplissement de la tâche primaire peut contribuer à la satisfaction des membres du groupe et à l'établissement d'un sentiment d'appartenance et de réussite collective. Le narcissisme de chacun influence les tâches primaires car les participants peuvent être plus orientés vers la satisfaction de leurs besoins narcissiques plutôt que vers l'atteinte d'objectifs communs. Cela pourrait entraîner des dynamiques de concurrence, de rivalité ou d'exclusion au sein du groupe, ce qui pourrait compromettre l'efficacité de la tâche primaire.

## **E. Alliances invisibles**

De tout cela il ressort que des **alliances invisibles** existent, qui peuvent être divisés en structurantes, non structurantes ou défensives et pathologiques (Kaës, 2010).

Le contrat narcissique fait partie des alliances structurantes qui se forment précisément lorsque les membres d'un groupe se réunissent pour soutenir et maintenir l'équilibre et la stabilité du système.

En revanche, les alliances non structurantes ou défensives comme le pacte dénégatif permettent un co-refoulement ou un co-déni.

Il y a ensuite les alliances pathologiques : « offensives », comme cellules de formation en secte ou en gang, « Le pacte pervers » ou les alliances « psychopathiques » (Kaës, 2015).

## **X. La crise institutionnelle : de la souffrance à la déliaison, jusqu'à le thanatophore. Une proposition de classification et analyse**

Pour Racamier (1985) « *la notion de crise se place entre le registre de la normalité et de la pathologie : elle traverse à la fois le normal et le pathologique et son intérêt réside dans le fait qu'elle place se situe entre ces deux registres* ». Pour l'auteur, la crise est un moment où nous sommes confrontés à une rupture d'un équilibre psychique précédemment atteint et qui n'est plus une défense efficace pour maintenir l'homéostasie du fonctionnement psychique normal.

Racamier exprime le concept de « processus de crise » en inscrivant celui-ci dans une dimension temporelle caractérisée par une séquence d'initiation, une de développement et une dernière de résolution. Au début, la rupture homéostatique génère de l'anxiété au point de provoquer un raidissement de la réponse dans le même sens jusqu'à sa rupture. Cette impasse est une condition qui produit une réactivation intense des conflits et peut mettre en œuvre une transformation profonde qui guide la crise vers sa résolution. Pour Racamier la crise est donc nécessaire.

Jusqu'à présent, de nombreux auteurs ont tenté d'analyser, de schématiser et de systématiser la crise institutionnelle dans le champ de la psychiatrie. Nous examinerons en particulier les théories de Kaës, Pinel et Fustier.

Kaës (1996) décrit plutôt la souffrance institutionnelle comme un indicateur de crise, précisant que « toute souffrance du lien ou à cause du lien n'est pas pathologique ».

Pinel (1996) parle plutôt des signes de la déliaison pathologique comme d'un processus analytique de compréhension des différentes crises institutionnelles, qu'il définit comme une « résonance négative » entre la pathologie des patients accueillis et les failles latentes de la structure institutionnelle.

Fustier (1999), en revanche, part de trois indicateurs fondamentaux de la crise institutionnelle. Plutôt que de reprendre les auteurs un par un, nous voudrions proposer une intégration des analyses qu'ils ont décryptées et les comparer car ces outils présentent un intérêt fondamental.

En rencontrant une équipe et en analysant la souffrance, la déliaison pathologique et les indicateurs de crise institutionnelle, nous pourrions proposer la distinction de deux dimensions principales, l'une « symptomatologique » et l'autre « psychopathologique ». Il est clair que cette schématisation est réductrice au sens analytique mais permet d'avoir une référence claire pour étayer une analyse méthodique et pragmatique.

## **A. La dimension symptomatologique :**

Nous pouvons la qualifier de "superficielle", se divise en trois principaux symptômes, qui regroupent des sous-groupes de symptômes et de mécanismes d'action (que nous verrons plus loin) :

1. **Surinvestissement.** L'équipe se présente dans une "*agitation et activisme*", nous retrouvons facilement « *un investissement dans les tâches secondaires ou dans la bureaucratie* » (Kaës, 1996, p.24). Selon nous, la bureaucratisation, par exemple, est le symptôme d'un entre-deux : entre le surinvestissement (on investit dans d'autres tâches, souvent administratives) et le désinvestissement (déviation de la tâche primaire).

2. **Désinvestissement.** L'équipe se présente dans une certaine paralysie et sidération jusqu'à ce que Pinel (1996) définit comme « *l'immobilisation* » : l'incapacité de créer et d'imaginer. Les réunions institutionnelles deviennent vides. Il est vrai qu'il semble que ces trois symptômes soient peu nombreux pour identifier la pathologie institutionnelle, mais dans le désinvestissement nous pouvons inclure tout ce qui s'appelle démission, arrêt maladie, ou la « *désaffectation* ».
3. **Processus de décharge.** Pinel (1996) parle de « *Procédures sacrificielles avec désignation de victimes expiatoires ou émissaires* ». Le bouc émissaire peut être signifié comme un moyen d'éviter le conflit ou mieux sa résolution d'une façon paradoxale car le conflit est exprimé mais sans volonté de résolution. C'est un mécanisme de décharge des angoisses primitives. Un porte-symptômes peut aussi apparaître et il se présentera avec des arrêts de travail typiquement pour des épisodes psychosomatiques.

À notre avis, ces trois symptômes sont souvent interconnectés dans la dynamique pathologique des liens institutionnels et peuvent être retrouvés par l'analyste sous une forme unique ou intriquée, caractérisant la souffrance jusqu'à éventuellement atteindre la crise institutionnelle.

## **B. La dimension psychopathologique**

Nous pouvons la définir comme plus « profonde » car elle caractérise les mécanismes de la maladie institutionnelle et la « recherche » des causes, souvent peu spécifiques car multiples :

### **1. Trouble de la fondation et de la fonction institutionnelle**

La fonction du mythe, nous l'avons vu, est de pouvoir créer un modèle divin qui donne un sens de sacralité à la tâche primaire (Eliade 1957 p. 86-88 ; Eliade 1963, p.177).

Kaës (1989) explique que les formations d'identification telles que le mythe, l'idéologie et l'utopie jouent un rôle important dans la structure défensive des institutions. Leur saturation ou leur carence peuvent provoquer d'intenses

souffrances psychiques. Les institutions doivent avoir une représentation de leur origine et imaginer une utopie ou une négativité institutionnelle. Sinon, ils risquent d'intégrer ces lacunes dans leur fonctionnement. Ces problèmes peuvent se manifester par un excès, un manque ou une inadéquation des activités des institutions par rapport à leur objectif.

L'absence d'illusion institutionnelle prive également les sujets de gratifications significatives et épuise l'espace psychique commun des investissements imaginaires, qui soutiennent la réalisation du projet institutionnel. Ce manque peut conduire à l'échec, à la souffrance et à la désillusion.

Pinel (1996) parle d'un « *écrasement de la temporalité* » jusqu'à une « *a-chronie* », lorsqu'il y a une incapacité de l'institution à avoir accès à l'histoire institutionnelle à la suite de la dégradation des organisateurs collectifs et des espaces psychiques, avec un rabattement sur la dimension spatiale.

Nous arrivons à l'Absence du mythe comme Eliade M. (1963) en parle : « *Lorsque disparaît la dimension du sacré, tend à se développer une forme particulière de crise institutionnelle dont on peut parler en évoquant par exemple « un état dépressif » de l'équipe des professionnels ou une morosité généralisée* ».

## **2. Conflit de différenciation et d'indifférenciation**

Fustier (1999, p.166-169) évoque **la différenciation** que nous pouvons avoir dans les établissements de soins **entre le professionnel et l'utilisateur**. Il définit un « *principe différenciateur, qui est de l'ordre du symbolique, et qui a pour objet d'opérer des distinctions, entre « catégories », sans lesquelles une institution demeure dans la confusion* ». Ce principe est paradoxal car il fait « *coexister [...] des forces de déliaison (l'attaque des privilèges) et des forces de liaison (maintien du principe différenciateur)* ».

En résumé, il est important, là où ce principe est brisé, de réintroduire une différenciation entre les malades et les soignants.

En ce qui concerne la différenciation, entre l'individuel et l'équipe, Fustier (1999, p.145) parle du « **travail de l'écart entre individu et équipe** » : Fustier définit deux pôles extrêmes de ce travail psychique :

a. « Une équipe peut être seulement formée d'individus différents, agissant à leur guise et sans référence institutionnelle commune [...] tout est possible [...] toutes les initiatives sont bonnes ».

b. « L'équipe soudée constitue un bloc fait de morceaux identiques. [...] Tout décollement est impossible [Toutes] les situations en écart seront alors assimilées à des transgressions de la norme ou à des fautes par rapport à l'idéologie de l'institution ».

Fustier (1999, p. 20) parle aussi des « **conflits d'identité professionnelle** » : ils surviennent lorsque la tâche primaire ne « *légitime plus la personne qui l'exécute* ».

Les professionnels cherchent alors à substituer à la tâche primaire, devenue ennuyante, une « identité professionnelle *a priori*, et à en repousser les limites ». Les représentations sont confondues : l'individu « attend confirmation de sa valeur et non du travail exécuté ».

Nous pourrions dire que le conflit identitaire est une forme pathologique qui tend vers l'extrémisme de la différenciation, se plaçant ainsi paradoxalement dans le versant « non fonctionnel » des objectifs institutionnels.

Fustier (1999, p.87-100) explique aussi un processus « **d'homínisation** », celui caractérisé par des institutions où les usagers sont des personnes en grande difficulté, souvent étranges pour nous, dont la représentation est souvent celle du « *non-humain* ». Nous trouverons donc dans le projet institutionnel une « *idée-force d'homínisation* ». Ce procédé fait fonctionner l'idée du Moi qui est normalement « muette » dans les relations humaines, qui se trouve en ces circonstances plutôt « *démutilisée* », « *défaillante* », « *mise en défaut* ». L'institution sera donc déstabilisée et cette idée du Moi « sera alors traitée de façon défensive ou élaborée selon les cas ».

Par rapport à l'indifférenciation, Kaës (1989) parle plutôt de la souffrance liée à « **l'inextricable à l'institution** ». L'inextricable renvoie à des situations où prévalent la confusion des éléments et l'indistinction entre l'élément et le tout. Cela conduit à un espace psychique indifférencié et confus, dans lequel les noyaux indifférenciés représentant l'inconnu et la non-identité, sont confrontés. La pathologie

institutionnelle relève du défi de créer un système qui préserve à la fois cette forme nécessaire de lien et les formes différenciées de lien.

Pinel (1996 p.57) parle plutôt à cet égard de « **dédifférenciation** » comme « *effacement des différenciateurs personnels et groupaux* ». Par conséquent, diverses formes de défense secondaire contre la dédifférenciation viennent se constituer comme la rigidification, la bureaucratisation, le cloisonnement et l'isolement.

### **3. Menace au changement : ce que Kaës (1989) appelle « *la souffrance associée à l'instauration et au maintien de l'espace psychique* »**

La souffrance pathologique est souvent liée à des changements ou des menaces de changement dans la structure institutionnelle, impliquant des parties non différenciées et non intégrées de la psyché. Les formations psychiques intermédiaires qui constituent la structure inconsciente de l'institution sont menacées et influencent profondément les sujets au sein de l'institution, les impliquant à des niveaux fondamentaux de leur être. L'institution produit des défenses pour se protéger et protéger ses membres des situations menaçantes. Ces défenses peuvent influencer la façon dont les gens utilisent l'espace psychique et peuvent aider à maintenir le fonctionnement de l'institution, mais elles peuvent aussi limiter l'expression des émotions et la capacité à faire face au changement.

### **4. La souffrance associée aux attaques contre la pensées/les espaces psychiques. Nous pourrions peut reconnaître deux type de cette souffrance**

#### **a. Entraves à la réalisation de la tâche primaire**

Pinel (1996, p.56) définit l'attaque contre les pensées quand le rapport à la tâche primaire et l'institution deviennent impensable.

L'objectif principal d'une institution est fondamental pour son existence et son lien avec les sujets concernés. Cependant, d'autres activités dominantes ou secondaires peuvent émerger entrant en conflit avec la tâche primaire, conduisant à une occultation ou une inversion de son sens.

Il est important de s'interroger sur le manque d'un support narcissique dans l'institution suffisamment nourricier pour la réalisation de la tâche primaire.

Fustier (1999, p.21), à ce sujet parle de la « **quête emblématique** » : « *une recherche d'apport narcissique comblant le déficit de la tâche primaire* » en se montrant plus important. Fustier fait l'exemple de la possession de la clé d'un bureau, de l'autorisation d'utiliser la voiture de service, etc.

b. Les espace interstitielles démutisés

« *Normalement, les espaces interstitiels restent « muets au sens de Bleger (1966) » mais si attaqués ils font crise et ses « démutisent » » (Fustier 1999).*

## **5. Hypertrophie de la mémoire**

Antonello Correale (1996) parle d'un phénomène psychopathologique assez intéressant des institutions, appelé « *hypertrophie de la mémoire institutionnelle* » qui se manifeste sous trois formes différentes :

a. Les souvenirs collectifs sont figés, et « *ils ne sont plus en mesure de subir des modifications ou des interprétations alternatives* » (Correale 1996, p. 106).

b. L'hypertrophie de la mémoire procédurale que Correale (1996, p107) définit comme « *pathologie obsessionnelle de l'institution* ». Ce sont des moments ritualisés et des habitudes de groupe qui ont souvent perdu leurs origines et qui ont une fonction d'enveloppe protectrice contre l'inattendu.

c. Les modalités répétitives de la pensée de groupe, comme ces flux de pensée déjà connus et qui se répètent au cours des réunions sans permettre de nouvelles alternatives.

Ces mémoires collectives et expériences affectives, recirculant dans le groupe peuvent provoquer la répétition de l'expérience, comme dans une modalité traumatique.

Bion parle d'« *éléments bêta* » pour décrire des expériences sensorielles plus ressenties que pensées, et qui ne peuvent être intégrées ou associées à d'autres expériences et ne peuvent donc pas faire partie d'un processus de synthèse,

d'élaboration et d'interprétation. On pourrait définir ce souvenir comme une « *pensé-image bloquée* » chargée d'une « *émotion secrète* ».

Pour que cette expérience soit élaborée selon Bion, deux phases sont nécessaires :

a. Phase de contention : dans laquelle cette expérience doit être évoquée dans un autre esprit capable d'avoir un contact empathique et émotionnel adéquat. Chez l'enfant ce rôle est joué par la figure qui s'occupe de lui, mais il peut aussi être revisité au niveau du groupe qui peut remplir la même fonction. L'émotion secrète devient alors suffisamment supportable pour être acceptée, communiquée et partagée (Correale, 1996).

b. Passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive : l'expérience est placée dans un lieu de l'espace mental partagé et est appelée « *produit de la fonction alpha* », et donne lieu à la pensée, au rêve et dans le groupe au mythe, à l'art et les sciences (Correale, 1996).

## 6. Manque de moyens

Où se situe le manque de moyens dans la psychopathologie de la crise institutionnelle ? Otto Kernberg l'intègre dans l'évolution paranoïaque des groupes que nous aborderons dans un paragraphe dédié ultérieurement.

## C. Autre classification

Une autre proposition analytique serait de diviser la psychopathologie suivante selon l'espace psychique associé, par exemple :

- **Intrapsychique** : la quête emblématique, assez personnelle, mais révélatrice d'une souffrance.
- **Interpsychique** : le conflit d'identité professionnelle, la souffrance associée aux entraves à la réalisation de la tâche primaire, etc.
- **Transpsychique** : le trouble de la fondation, la menace au changement.

## **D. Mécanismes de défense du groupe**

Voici une liste des principaux mécanismes de défense qui peuvent être reliés aux principaux symptômes que nous venons d'aborder :

### **1. Disqualification**

La disqualification se réfère à un mécanisme de défense par lequel un membre du groupe est exclu, ignoré ou dévalorisé afin de maintenir l'intégrité du groupe.

### **2. Désaffectation**

La désaffectation est un processus par lequel les membres d'un groupe inhibent ou suppriment leurs propres émotions, en particulier les émotions négatives, afin de maintenir l'harmonie et l'équilibre du groupe. Cela peut conduire à une certaine superficialité émotionnelle et à un évitement des conflits.

### **3. Double lien**

Le double lien est une situation paradoxale dans laquelle un individu reçoit des messages contradictoires ou incompatibles de la part des autres membres du groupe. Cela crée de la confusion et de l'ambiguïté, rendant difficile pour l'individu de réagir ou de prendre une décision claire.

### **4. Clivage en mauvais ou bon objet**

Ce principe se réfère à la tendance d'un groupe à diviser les objets, les idées ou les personnes en catégories extrêmes de "mauvais" ou "bons". Cela peut entraîner une polarisation au sein du groupe ce qui peut compromettre la coopération et la communication.

### **5. Paradoxe**

Le paradoxe est une situation apparemment contradictoire dans laquelle des éléments opposés ou incompatibles coexistent. Dans un groupe, cela peut se manifester par des attentes contradictoires ou des demandes contradictoires placées sur les membres, créant une tension et une confusion.

### **6. Bouc émissaire**

Le bouc émissaire est un mécanisme de défense groupale dans lequel un membre du groupe est injustement désigné comme responsable des problèmes ou des tensions

du groupe. Cela permet aux autres membres de décharger leur propre responsabilité et de maintenir la cohésion du groupe en désignant un individu comme le "coupable".

### **7. Conformité**

Les membres du groupe se conforment aux normes et aux attentes du groupe afin d'éviter les conflits ou la désapprobation. Ils peuvent renoncer à leurs propres opinions ou adopter un comportement similaire à celui des autres membres du groupe.

### **8. Déplacement de la responsabilité**

Le groupe peut chercher à rejeter la responsabilité des problèmes ou des échecs sur quelqu'un d'autre ou sur des facteurs externes, plutôt que de faire face à la réalité de ses propres actions.

### **9. Dénier de la réalité**

Les membres du groupe peuvent nier ou minimiser la gravité d'une situation ou d'un problème afin de l'éviter. Cela peut entraîner une absence d'action ou une réponse inadéquate.

### **10. Cloisonnement**

Les membres du groupe peuvent séparer leurs émotions ou leurs opinions concernant un problème, leur permettant ainsi de rester engagés dans le groupe sans affronter pleinement les questions difficiles ou conflictuelles.

### **11. Idéalisation du leader ou du groupe**

Les membres du groupe peuvent attribuer des qualités exceptionnelles ou extraordinaires au leader ou au groupe lui-même, afin de protéger l'image du groupe.

### **12. Stéréotypage**

Le groupe peut simplifier et généraliser les caractéristiques ou les opinions d'une catégorie entière de personnes, ce qui lui permet d'étiqueter, d'éviter ou de justifier le traitement réservé à ces personnes.

### **13. Dévalorisation des étrangers**

Le groupe peut chercher à valoriser son identité ou sa cohésion en dénigrant ou en critiquant les personnes ou les groupes extérieurs.

### **14. Rationalisation**

Le groupe peut chercher à justifier ses actions, ses croyances ou ses décisions par des raisons qui semblent logiques ou raisonnables, mais qui peuvent en fait servir à éviter de faire face à des réalités inconfortables.

### **15. Illusion d'invulnérabilité**

Le groupe peut développer un sentiment de supériorité ou une conviction exagérée en sa capacité à faire face aux défis ou aux menaces, ce qui peut conduire à une prise de risque irresponsable.

### **Consensus**

Le consensus n'est pas un mécanisme de défense mais plutôt l'objectif ultime d'une équipe. C'est un principe selon lequel les membres d'un groupe cherchent à atteindre un accord ou une approbation commune sur les décisions ou les actions à prendre. Il vise à favoriser l'harmonie et la cohésion dans le groupe en minimisant les conflits et les désaccords.

## **E. Dimension Syndromique : Les différentes crises institutionnelles**

Jusqu'à présent, nous avons étudié la symptomatologie et psychopathologie de la crise institutionnelle. Nous allons aborder maintenant la dimension syndromique de la crise institutionnelle en examinant comment Pinel (1996, p.58-63) définit 4 formes différentes de crises institutionnelles.

- **La crise mutative** : c'est la crise qui permet la mutation, c'est "*un moment de déliaison nécessaire à la reprise transformatrice du système de liens et des formations psychiques communes*" (Pinel 1996). Ce sont par exemple des moments de création et de refondation qui conduisent à une modification des pratiques.
- **La crise chaotique ou explosive** : c'est une crise où l'institution ne parvient pas à surmonter une crise qui est potentiellement mutative. L'équipe perd le focus de l'objet du travail et n'a plus d'espaces intermédiaires pour la pensée. Le sort de ce type de crise peut être d'évoluer vers les autres types de crise, c'est-à-dire devenir mutative, chronique ou destructrice.

- **La déliaison chronique ou l'usure des liens institutionnels** : l'équipe est caractérisée par un désinvestissement de la tâche primaire avec « *une forme de régression narcissique qui se manifeste [...] par le repli sur soi, l'autoréférence et l'indifférence* » (Pinel 1996). L'organisationnel prédomine sur l'institutionnel avec un manque de plaisir et de gratification à la tâche primaire. Il y a un « *surinvestissement erratique* » avec un désinvestissement affectif caractérisé par un sentiment d'impuissance. Souvent le service se caractérise par un effondrement dépressif qui se manifeste avec des absences du personnel et des démissions.
  
- **La destruction** : c'est le moment où l'institution ne peut plus effectuer ce travail psychique de reconstruction et de transformation. La destruction de l'institution nous renvoie au discours de le thanatophore, où les individus « *ne peuvent accomplir les réaménagements pulsionnels et fantasmatiques exigés par la situation* » (Diet 1996). À cet égard, Diet (1996) définit différents mécanismes par lesquels les sujets thanatophores attaquent l'institution pour sa destruction. Parmi ceux-ci nous mentionnons, sans nous attarder sur les détails :
  - Les attaques sur le cadre
  - Les attaques sur l'idéologie
  - L'attaque sur les liens
  - L'attaque sur le pacte dénégatif
  - L'attaque du contrat narcissique.
  - L'attaque des espaces interstitiels.

## **XI. Les conflits et leur résolution**

Dans le cadre des soins en santé mentale, il nous semble essentiel de confronter le conflit à la crise institutionnelle comme semblables mais différents et complémentaires. « *Le terme de conflit se distingue de celui de crise en ce qu'il implique une opposition entre différents types d'acteurs alors que la crise caractérise*

*une situation de désordre, laquelle peut ou non déboucher sur un conflit.* » (Tardy 2009).

Nous avons choisi d'analyser le travail de Mary Parker Follett à cet égard.

### **Mary Parker Follett et le conflit constructif**

Mary Parker Follett était conférencière à la fin des années 80, début des années 90 et sa contribution sur la notion de « conflit » est l'une des plus importantes car elle s'appuie sur une pratique quotidienne de sa résolution. Follet a travaillé dans un rôle de représentation publique dans différentes instances chargées de prévenir et de régler les conflits du travail. Plus tard, elle est devenue maître de conférences sur la gestion et les relations sociales.

Avant l'apport de Follet, le conflit était vu comme un dysfonctionnement à éviter même par la force (et souvent dans les limites de l'humanité et de la diplomatie).

Pour Follet, le conflit n'est ni bon ni mauvais mais il peut être constructif, car il exprime une différence qui ne présuppose pas a priori qu'un parti soit en position de bien ou de mal par rapport à l'autre. Le différent est plutôt quelque chose qui concerne des intérêts, des objectifs et des horizons différents. Chaque parti a une interprétation différente des informations en commun et possède des informations que l'autre n'a pas (Mousli 2005).

Selon Follet, il existe trois manières de régler un conflit :

1. Domination
2. Compromis
3. Intégration

Follet ne considère pas l'évitement des conflits comme une solution possible :

*« Nous pouvons souhaiter abolir les conflits, mais nous ne pouvons pas supprimer la diversité. [...]. Le conflit n'est pas nécessairement l'expression brutale et coûteuse d'incompatibilités, mais un processus normal par lequel des différences précieuses pour la société s'affirment et font progresser tous ceux qui sont concernés »* (Follet 1924, p. 300).

## **Domination**

Pour Follet, la domination est une solution rapide et efficace mais elle sacrifie la diversité et le résultat est dangereux, car elle installe une origine pour un futur conflit sans réellement résoudre le conflit lui-même. Le conflit se reproduira car il produira une solution instable et insatisfaisante.

Si on fait un parallèle analytique, le principe ressemble un peu à celui du refoulement où plus quelque chose est refoulé plus il va réapparaître sous une forme qu'il n'est malheureusement pas toujours possible de prévoir, et souvent de manière puissante.

## **Compromis**

La caractéristique du compromis est celui où les deux parties n'obtiennent pas pleinement la réalisation de leur projection mais abandonnent une partie de leurs objectifs et ambitions pour partager le plus équitablement possible la résolution d'un différent.

Dans ce cas également, les deux parties ne seront pas pleinement satisfaites et la différence réapparaîtra : « *Le compromis est temporaire et vain, il signifie habituellement qu'on reporte le problème. La vérité ne se situe pas « entre » les deux positions* » (Follett 1924, p. 56)

## **L'intégration**

Follet propose une vision différente de la résolution des conflits dans ce qu'elle appelle l'intégration, au sein de laquelle les deux parties ne doivent pas nécessairement renoncer à leurs propres intérêts mais peuvent trouver ensemble une solution créative et innovante. Les intérêts en particulier sont « réorganisés » au sein d'un nouvel intérêt commun qui se constitue et se remplace par le développement de la relation. Follet souligne en effet l'importance des relations et des comportements dits "circulaires" comme base d'intégration qui offre la clé d'un conflit constructif.

Les relations ne représentent pas le résultat de l'interaction entre des individus ou des collectifs déjà formés. Au contraire, ils déterminent le processus par lequel les

identités de ces sujets sont constituées. La conception circulaire de Follett est une activité de redéfinition mutuelle où le conflit prend un rôle essentiel et inévitable, à la fois naturel et constitutif, propre au groupe. Cela offre une compréhension alternative de la nature du conflit lui-même.

D'autres auteurs prennent ce point en considération en l'insérant, par exemple, dans le contexte d'une institution de soins psychiatriques où l'identité se caractérise par la position et le rôle de l'ensemble du groupe. Lorsque cette identité est menacée, nous pouvons alors parler de crise ou de désordre « institutionnel ».

Pour Follett aucun individu n'est supérieur à un autre et tous ne sont pas à la même place, chacun a son propre talent et des compétences différentes. Cependant, l'autorité de chacun doit être en fonction de son métier et non attachée à une position hiérarchique particulière.

Cependant, l'intégration n'est pas applicable dans toutes les situations. Là où le conflit est passionnel ou sentimental, il n'y aura aucune possibilité d'intégration. Les exemples que Follett donne sont ceux de deux hommes se disputant la même femme ou de deux enfants se disputant une maison familiale après la mort de leurs parents. La base de l'intégration est la raison et une relation dans laquelle les parties ne sont pas intéressées.

Comme exemple d'intégration, MP Follett a décrit un incident survenu dans une bibliothèque de Harvard :

*« Un jour, dans une des petites salles de la bibliothèque de Harvard, quelqu'un voulait ouvrir la fenêtre, et je souhaitais qu'elle reste fermée. Nous avons ouvert la fenêtre de la salle voisine, où il n'y avait personne. Ce n'était pas un compromis, puisqu'aucun de nous deux n'a renoncé à son souhait ; nous avons eu chacun ce que nous voulions en réalité. Car je ne tenais pas particulièrement à rester dans une pièce fermée. Simplement, je ne voulais pas que le vent du nord me tombe directement dessus. De la même façon, l'autre occupant ne tenait pas à ce qu'on ouvre une fenêtre particulière ; il souhaitait simplement que la salle soit plus aérée » (Metcalf et Urwick, 1941, p. 115).*

## Évitement

L'évitement des conflits n'est pas toujours possible mais soit le lien avec l'autre est très fragile soit la perspective de cesser toute relation avec lui à la suite d'un conflit non résolu est indifférente (Mousli 2005).

## XII. Évolution paranoïaque dans les institutions

L'évolution paranoïaque dans les institutions fait référence à un processus dans lequel l'institution elle-même développe des caractéristiques paranoïaques. C'est un événement assez fréquent. Dans ce contexte, la paranoïa ne fait pas référence à un trouble mental individuel, mais plutôt à une dynamique collective au sein de l'organisation.

Cependant, il semble utile dans ce paragraphe d'aborder brièvement la paranoïa en décrivant la pathologie à la fois dans un sens individuel et institutionnel.

Sur le plan sémiologique, la paranoïa est un trouble caractérisé par une méfiance excessive et une suspicion pathologique envers autrui, caractérisée par des distorsions cognitives et des mécanismes de défense.

La symptomatologie paranoïaque est "*un gradient*" et peut varier d'une paranoïa que l'on pourrait définir comme "physiologique", celle qui se développe chez une personne dans des moments d'extrême difficulté, de douleur, jusqu'au stade de véritable délire paranoïaque.

La paranoïa est un processus qui "simplifie" le monde. Correale (2018) le définit comme un "*système par défaut*" ou, comme l'explique Freud (1917), comme un système de décharge de l'ego, comme une tendance humaine à projeter le mal sur les autres pour préserver le bien en soi.

La paranoïa est un mécanisme alternatif à la douleur, c'est une méfiance qui naît d'une élimination projective de l'intérieur de soi de tout ce qui est complexité et contradiction car à l'extérieur il n'y a pas d'élément d'acceptation de ces émotions, mais plutôt une exaspération de l'affrontement.

Dans la paranoïa, le monde est identifié comme mauvais et il faut lutter contre lui. Nous avons en fait trois types de mécanismes dans la dynamique intrapsychique de la paranoïa :

1. Projection : l'individu projette ses peurs, désirs ou pensées inacceptables sur les autres en les percevant comme menaçants ou hostiles.
2. Scission : Un clivage se produit entre le soi et l'objet externe, dans lequel les aspects négatifs sont attribués à l'objet externe, tandis que le soi est idéalisé.
3. Identification projective : l'individu projette des parties de lui-même sur les autres, puis identifie ces aspects projetés comme faisant partie de l'autre, en gardant une distance avec ces aspects inconfortables.

Piera Aulagnier (1975) explique dans son livre "la violence de l'interprétation" que la paranoïa surgit chez l'enfant dès qu'il y a autour de lui un environnement de conflit, d'affrontement et de violence pour le pouvoir. L'enfant alors, peu sûr de lui, prend parti pour l'un des deux, mais pour cela il doit attribuer à l'autre toutes les fautes et tous les maux.

D'où la notion de bouc émissaire qui vaut tant au niveau individuel qu'institutionnel. Le phénomène du bouc émissaire repose sur la tendance à rechercher un « *coupable* » sur lequel projeter ses frustrations, ses tensions ou ses échecs afin de préserver une cohésion interne et une image positive de soi. Ce mécanisme défensif peut remplir différentes fonctions au sein de l'institution : libération des tensions, réduction de l'anxiété, maintien de la cohésion, préservation de l'image de soi.

Correale (2018) identifie deux mécanismes principaux qui conduisent à la paranoïa :

1. La honte : c'est-à-dire l'insupportable exposition de sentiments qui devraient rester dans l'ombre et qui sont au contraire mis en lumière et qui suscitent un sentiment de « ridicule ».
2. L'élaboration paranoïaque du deuil, issu du deuil et de la mélancolie de Freud (1917) « *ou en d'autres termes comme l'angoisse d'annulation, de vide, de fragmentation, de désagrégation, de perte. Il faut donc recourir à la colère, à la violence, à la paranoïa comme élément pour contenir l'angoisse, la complexité, la*

*difficulté, la douleur et la transformer en une vitalité qui donne un sentiment de puissance » (Correale 2018).*

Parlant de **paranoïa en institution**, nous pouvons distinguer deux mécanismes qui sous-tendent son développement, comme le souligne Correale (2018) :

1. Élaboration paranoïaque du deuil : dans ce contexte, la paranoïa peut se manifester comme une élaboration déformée du processus de deuil (de perte). Parfois, au lieu d'aborder complètement le thème du deuil, nous avons tendance à s'arrêter à l'événement lui-même sans saisir les véritables causes ou l'enchaînement des événements.

*« Combien de fois s'arrête-t-on devant l'événement, sans saisir le véritable enchaînement des causes. Cet "effort" de dépassement de l'événement (faire un après coup), ou l'anamnèse perdue. Combien de fois est-il plus facile de se mettre en colère et de ne pas aborder ce problème » (Correale 2018).* Dans certains cas, la paranoïa se manifeste comme une confrontation externe plutôt qu'un processus de deuil interne qui permette l'élaboration plutôt que la superficialisation et la simplification dans le conflit.

2. Kernberg (2020) développe le concept de « paranoïa genesis », qui fait référence à la suspicion généralisée de tous contre tous.

Dans certaines situations, la confrontation entre collègues peut devenir plus gratifiante et plus facile que d'approfondir la compréhension de ce qui est arrivé à un patient en particulier. Cette prédominance de la confrontation plutôt que de la collaboration humaine se produit lorsqu'il y a un manque perçu de ressources ou de pouvoir.

À ce sujet Kernberg (2020) identifie deux types de lacunes :

- Le manque de ressources matérielles ;
- Le manque de ressources internes telles que la culture, la formation et l'étude.

Le manque de ressources peut conduire à un mode paranoïaque chez les soignants. La tendance à simplifier la réalité en se plaignant peut réduire l'effort d'analyse de la complexité des situations.

Il est important de noter, cependant, que la paranoïa n'est pas simplement une conséquence du manque de moyens. Elle est le résultat d'une interaction complexe entre facteurs individuels, expériences de vie et dynamiques relationnelles. Kernberg souligne l'importance de considérer le contexte plus large et la dynamique pour bien comprendre la paranoïa. Parfois c'est plutôt le dysfonctionnement d'une institution qui peut bien entraîner un manque de moyens.

### **XIII. L'intervention de prévention et de traitement à travers les crises institutionnelles**

Notre étude de la crise institutionnelle nous fait comprendre l'importance de l'enveloppement collectif au niveau institutionnel.

Ces systèmes peuvent être par exemple :

- La protection de la différenciation des rôles ;
- Le développement d'un processus d'identification et d'endiguement de l'angoisse de perte d'identité ;
- La formation personnalisée et mise à jour des connaissances de tous les professionnels ;
- La valorisation des projets personnels ;
- Le processus d'identification des mythes institutionnels ;
- Le processus d'élaboration et d'évocation des fantasmes comme l'explique Fustier (1999, p. 205) ;
- L'analyse des pratiques après mise à distance de situations cliniques et institutionnelles ;
- La facilitation des processus de mentalisation lors des réunions ;
- Le partage du leadership au sens de "agir/faire ensemble" ;
- La reconnaissance et protection des espaces interstitiels ;

- L'autonomisation des individus (Correale 1996, p113-114) ;
- La délégation des tâches d'une manière contrôlée ;
- La vérification des pratiques mises en œuvre ;
- La planification des projets soumis à des révisions périodiques ;
- La comparaison avec d'autres groupes ;
- L'acceptation de se mesurer à de nouveaux problèmes qui n'ont pas encore été pris en compte ;
- Le maintien de la "fonction contenante" de l'institution vis-à-vis des patients.

Quels sont alors les dispositifs contenant du groupe nécessaires pour alimenter ces systèmes ? On pourrait proposer ici de diviser ces dispositifs en deux types :

### **1. Dispositifs « formant » l'institution :**

- I. Réunion clinique
- II. Groupes de consultation
- III. Groupes de supervision

### **2. Dispositifs « fonctionnant » dans l'institution :**

- I. Groupes cliniques
- II. Médiations et activités cliniques

Selon Correale (1996, p.114), ces groupes « *doivent s'octroyer un certain degré de transgression permettant un niveau moyen et acceptable de franchise non destructrice dans les relations* ».

Pinel (1996) propose un schéma intéressant d'intervention soignante lors de la supervision en institution :

- Une première phase qu'il appelle « *Phase d'évacuation de la violence* ».
- Une phase de reconstruction des origines de l'institution.

- Une phase de retissage des liens du groupe et une transformation de la représentation de la tâche primaire.

Pinel souligne également combien il est fondamental lors de la supervision d'établir un contrat avec l'équipe pour ne pas utiliser le matériel de la réunion à des fins destructrices dans la vie institutionnelle quotidienne.

**En ce qui concerne les différentes enveloppes groupales, à travers le travail de Anzieu (1987) nous pouvons définir de façon simplifiée :**

1. L'enveloppe de contenance : Cette enveloppe représente la limite et la structure qui permet de maintenir l'intégrité et la cohésion du groupe. Elle procure un sentiment de sécurité et de stabilité grâce à des règles, des frontières et des normes partagées.

2. L'enveloppe psychique : désigne la dimension psychologique du groupe, composée de pensées, d'émotions, de fantasmes et de représentations qui se développent au sein des membres du groupe. Cette enveloppe influence les dynamiques relationnelles, les identités individuelles et collectives.

3. L'enveloppe de rêve : Cette enveloppe représente les fantasmes, mythes et images partagées qui émergent au sein du groupe. Elle permet la création d'une dimension imaginaire commune qui favorise la construction du sens et l'exploration symbolique.

4. L'enveloppe idéologique : Désigne les croyances, idéaux et valeurs partagées au sein du groupe. Cette enveloppe affecte la cohésion du groupe et l'orientation de ses actions et décisions.

5. L'enveloppe projective : Cette enveloppe fait référence à la capacité des membres du groupe à projeter leurs propres désirs, besoins, attentes et conflits sur les autres membres du groupe. Cela peut affecter la dynamique interpersonnelle, créant des tensions, des conflits ou des alliances au sein du groupe.

En conclusion, développer et se référencer aux différents systèmes contenantants peut permettre une consolidation du travail psychique de soins d'équipe.

## **XIV. Fonction Contenante, phorique, métaphorique et sémaphorique de l'institution**

Tout ce que nous avons vu dans ce chapitre permet de comprendre comment « faire équipe » peut produire différentes fonctions de l'institution elle-même, dans le cadre des soins psychiatriques.

Nous pouvons donc distinguer :

### **A. Une fonction contenante**

Présente différents registres, tels que :

- La fonction maternelle (élément alpha de Bion) ;
- La transitionnalité, offrant un lieu de travail des souffrances inavouables ;
- Le travail de différenciation et d'identification.

Comme l'exprime Pierre Delion (2018) dans son ouvrage « *fonction phorique, holding et institution* », nous pouvons encore distinguer trois autres fonctions :

### **B. Fonction phorique**

Elle est reprise comme concept tiré du livre « *Le Roi des Aulnes* » de Michel Tournier (1970) et fait référence à la dépendance d'une personne envers une autre, que ce soit physiquement ou psychologiquement.

Cette fonction souligne l'importance pour les institutions de proposer un espace où la souffrance psychique des patients peut être accueillie et transformée. Cela implique la mise en place d'un environnement de soins qui permet de contenir et de travailler avec les signes de souffrance psychique, ainsi que les manifestations du transfert.

### **C. La fonction sémaphorique**

Elle est associée à la capacité des soignants de porter les signes de souffrance psychique du patient qui ne peuvent pas encore être exprimés verbalement.

## **D. La fonction métaphorique**

Elle est décrite comme une façon institutionnelle de faciliter le travail de transformation des éléments perturbateurs (élément beta de Bion) présents dans le champ transférentiel des patients (Delion 2010).

Pour finir, le travail de l'autonomisation et de la séparation dans le processus de soins est également très important. Il est nécessaire d'éviter la construction d'un schéma d'emprise avec certains patients à travers une réflexion institutionnelle et une ouverture vers la cité.

# **PARTIE 3**

## **ETUDE DU FONCTIONNEMENT D'UNE EQUIPE PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES ET POST URGENCES**

### **I. Préambule**

Dans ce chapitre, nous analyserons le fonctionnement d'une équipe d'urgence et de post-urgence psychiatrique. Notre hypothèse de base est que les urgences, étant un environnement stressant et angoissant, sont un terrain favorable, plus que d'autres, au développement des pathologies collectives et institutionnelles. Comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, le manque de moyens provoque un certain type de réaction de groupe, favorisant les comportements paranoïaques. L'état actuel des urgences somatiques et psychiatriques en France est précisément celui d'un milieu surchargé caractérisé par un manque de personnel et de moyens humains, physiques et souvent psychiques. Nous allons analyser quelques principes en matière d'urgences psychiatriques. Cette analyse englobera à la fois les urgences et un service spécifique que nous pouvons considérer de post-urgences, qui restera anonymisé dans cette étude. Précisément à cause de cette anonymisation, il sera difficile de pouvoir reprendre tout le matériel et les outils présentés dans le deuxième chapitre, qui restent pourtant fondamentaux et « implicites » dans notre discussion. Il est important de souligner que mon rôle dans cette analyse est complexe. D'une part, en tant qu'observateur, je prendrai du recul pour observer l'équipe, mais d'autre part, ayant fait partie de l'équipe par le passé en qualité d'interne, je suis également un membre interne. De plus, certains membres du groupe peuvent attendre de moi des résultats qui contribuent à la prise en charge psychologique du service. Il convient également de noter que j'ai obtenu l'accord des Affaires Médicales de la structure

concernée pour mener à bien cette analyse. Ce travail peut sembler parfois "subjectif", car il est souvent basé sur des cas cliniques uniques et une analyse plutôt analytique. Nous pouvons, donc, le considérer comme un exemple non généralisable avec les différentes urgences qui existent sur le territoire, qui pourraient avoir des caractéristiques différentes.

## **II. Réalités des urgences en psychiatrie**

Comme l'explique Chaltiel (2006) les urgences psychiatriques présentent des caractéristiques spécifiques qui les distinguent des urgences médicales, chirurgicales ou obstétricales. Elles nécessitent une approche distincte en termes d'espace, de temps et de prise en charge des patients. De plus, il est crucial d'assurer la continuité des soins en lien avec les urgences somatique. Les acteurs impliqués dans ces deux domaines doivent être connectés de manière organique et fonctionnelle.

L'assimilation de la Psychiatrie à la médecine standard et l'ignorance de ses spécificités entravent la déstigmatisation des maladies mentales. Au lieu de cela, la reconnaissance de la psychiatrie en tant que discipline distincte, souligne son rôle dans la défense des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et dans la lutte contre l'exclusion.

La pratique de l'urgence psychiatrique est un art complexe qui vise principalement à maintenir l'intégration du patient dans son environnement humain, avant même de traiter médicalement ses troubles en respectant son contexte de vie.

## **III. Particularités des urgences psychiatriques**

Chaltiel (2006) explique comment l'autonomie des urgences psychiatrique est justifiée par différentes particularités, par rapport aux services d'accueil des urgences (SAU) dans les hôpitaux généraux.

- « *L'urgence psychiatrique est rarement une urgence vitale* » immédiate ;

- L'urgence psychiatrique implique également l'environnement humain du patient, contrairement aux urgences médicales.
- Chaque situation est unique et nécessite une évaluation approfondie. La mise en place de protocoles standardisés applicables de manière automatisée n'est pas adaptée.
- La temporalité des urgences psychiatriques est différente de celle des urgences médicales.
- Le passage entre l'urgence et les soins à plus long terme nécessite une transition progressive et un dialogue approfondi entre les professionnels de l'urgence et ceux qui prendront en charge le suivi du patient.

Si ces spécificités ne sont pas prises en compte avec attention, cela peut entraîner une prise en charge précipitée et inadaptée, conduisant à une perception négative du traitement psychiatrique et à un rejet des soins.

En conclusion, il est essentiel de reconnaître et de respecter les particularités de l'urgence psychiatrique. La réactivité face au vécu d'urgence, la prise en compte de l'environnement humain, la nécessité d'une approche individualisée, le temps nécessaire pour établir une relation thérapeutique solide et la transition progressive vers les soins à long terme sont autant d'éléments clés pour assurer une prise en charge efficace et respectueuse des patients en situation d'urgence psychiatrique. En comprenant et en respectant ces spécificités, il est possible de favoriser de meilleurs résultats cliniques et une amélioration du pronostic des troubles psychiques.

### **La psychiatisation abusive :**

Il est important de reconnaître que les services d'urgence médicale ont tendance à devenir surchargés. Les services d'urgence psychiatrique ne font pas exception et peuvent devenir un refuge pour toutes sortes de problèmes sociaux et psychologiques, ce qui risque de conduire à une psychiatisation abusive. Pour éviter cela, il est nécessaire de développer des services d'urgence psychiatrique distincts, intégrés dans un système de soins psychiatriques plus large. La pratique de l'accueil psychiatrique, qui met l'accent sur le dialogue empathique et l'échange humain,

permet de répondre aux demandes de manière adaptée, sans se laisser piéger par une approche ultra-technique qui peut déshumaniser les soins d'urgence (Chaltier 2006).

#### **IV. Le turnover des urgences psychiatriques**

Les urgences et post-urgences sont des lieux de soins caractérisés par deux types de turnover :

A. un turnover important au niveau des processus mentaux et de l'assimilation de la maladie, car le patient reste peu de temps et avec sa maladie il peut fatiguer le système.

Pour mieux comprendre, nous pourrions caractériser ce turn-over en trois phases d'un parcours de soins :

1. La prise en charge du patient et donc l'acceptation de celui-ci et de sa pathologie.
2. Le processus d'élaboration de la maladie du patient, donc le dépôt de la pathologie sur les soignants qui permettent à la fonction bêta bionienne de devenir une pensée acceptable et de pouvoir traiter, ressentir et "penser" la douleur.
3. Orientation du patient vers un retour à domicile (avec ou sans soins externes) ou dans un service adapté.

Pour que ce processus se déroule de manière adéquate, il faut un groupe de soignants capable de freiner la pathologie psychiatrique elle-même avec des enveloppes. Enveloppes qui, comme nous l'avons vu au deuxième chapitre, sont nécessaires à la fois au malade et au corps soignant.

B. Le succès d'une prise en charge dépend aussi beaucoup de la construction de l'équipe. Le turnover d'une équipe d'urgence est très important. Il est à noter que, dans la plupart des équipes d'urgence psychiatriques et non psychiatriques (certaines sont des exceptions), il y a des changements fréquents dans le corps de l'équipe avec des départs et des arrivées souvent imprévus.

Cela est probablement dû à la détresse que les urgences psychiatriques elles-mêmes peuvent provoquer. L'anxiété de l'équipe qui sans lieu de décharge, comme les réunions de supervision, peut rester inconsciente et entraîner une « marginalisation » du patient lui-même dans la prise en charge.

La notion de marginalisation est importante car, dans certains cas, le patient est perdu de vue, il n'est plus au centre de la dynamique de l'équipe, mais sert de "prétexte" au débordement ou à l'épuisement du groupe soignant. Le processus de supervision permet la reconnaissance des failles intra et inter-psychiques et repositionne le patient dans un « lieu » central de soins.

D'autres raisons de turnover peuvent inclure une charge de travail élevée, une détresse émotionnelle, un manque de ressources, des salaires inadéquats, un manque de soutien organisationnel et d'autres défis spécifiques au secteur.

Le manque de continuité du personnel peut également avoir un impact négatif sur la stabilité de l'environnement de travail. Les efforts pour lutter contre le turnover du personnel peuvent inclure des politiques de recrutement et de rétention du personnel, des programmes de formation et un soutien au bien-être des employés.

Il est important de souligner que chaque établissement et milieu peut avoir des expériences différentes en matière de turnover du personnel aux urgences psychiatriques. Par conséquent, les statistiques et les situations peuvent varier d'une institution à l'autre. D'autre part, nous notons aussi des individus solides qui restent comme le ciment et la mémoire de travail de l'équipe sachant s'adapter aux différentes époques.

## **V. Binôme médecin-infirmière en psychiatrie**

Le fer de lance du système d'équipe en psychiatrie, notamment aux urgences, est dicté par le binôme psychiatre-infirmier, qui semble avoir un fonctionnement différent et parfois moins hiérarchisé que dans les autres spécialités, offrant une ouverture collaborative essentielle à la bonne prise en charge des patients psychiatriques.

Par ailleurs, dans un contexte actuel de rareté des moyens, mais surtout des médecins, l'infirmier est souvent l'acteur et le principal témoin en Psychiatrie. Il remplit une fonction à la fois de mémoire de travail informative et d'autre part de ciment nécessaire au rythme et continuité des soins.

Mais quels sont les effets positifs et négatifs de la valorisation de figures alternatives au médecin, comme l'infirmière, en Psychiatrie ?

### **Effets positifs :**

1. Accessibilité et continuité des soins : L'infirmière peut jouer un rôle clé, en particulier dans les communautés où les médecins peuvent être moins disponibles.
2. Approche holistique : Les infirmières adoptent souvent une approche holistique des soins aux patients, en tenant compte non seulement des aspects médicaux, mais aussi des aspects psychologiques, sociaux et émotionnels. Cette approche intégrée peut améliorer l'efficacité des soins.
3. Participation à la thérapie : Les infirmières peuvent être activement impliquées dans la thérapie des patients, en fournissant un soutien émotionnel, en enseignant des habiletés d'adaptation et en facilitant la participation à des activités de groupe.

### **Effets négatifs :**

1. Indifférenciation des rôles : Il existe un risque que, dans certains contextes, l'indifférenciation des rôles entre médecins et infirmiers puisse conduire à une confusion des responsabilités et des compétences, compromettant la qualité des soins.
2. Risques de surcharge de travail : À mesure que les responsabilités confiées aux infirmières augmentent, il peut y avoir un risque de surcharge de travail. Cela pourrait affecter la qualité des soins et la capacité des infirmières à consacrer suffisamment de temps à chaque patient.
3. Nécessité d'une supervision et d'une coordination des soins adéquates : Il est important de s'assurer que les infirmières sont adéquatement formées et supervisées pour s'acquitter de leur rôle de manière efficace et sécuritaire. Une

collaboration étroite entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé mentale est essentielle pour assurer des soins de qualité.

## **VI. Indifférenciation et différenciation : Perspectives psychanalytiques dans les équipes d'Urgences Psychiatriques**

Nous évoquerons principalement dans ce paragraphe la question de l'indifférenciation et de la différenciation entre les différents intervenants aux urgences.

### **A. Indifférenciation et différenciation dans le binôme infirmière-médecin**

Au sein des équipes d'urgences psychiatriques, émergent deux principes essentiels: l'indifférenciation et la différenciation. D'un point de vue psychanalytique, ces notions révèlent les tensions subtiles qui peuvent surgir entre les membres de l'équipe, ainsi que dans la dynamique de la relation entre les soignants et les patients.

L'indifférenciation se manifeste lorsque les rôles et les responsabilités des professionnels de la santé ne sont pas clairement définis. L'indifférenciation peut être observée dans la manière dont les infirmières et les médecins interagissent. Le manque de clarté dans la répartition des tâches et des décisions peut entraîner une confusion de rôles, empêchant ainsi une prise en charge adéquate des patients et cela entraîne souvent des erreurs diagnostiques. D'un point de vue psychanalytique, cette indifférenciation peut refléter des conflits internes non résolus, où les individus sont incapables de discerner leurs propres besoins et responsabilités.

À l'opposé, la différenciation se réfère à la reconnaissance et à la compréhension des compétences et des rôles individuels au sein de l'équipe. Les médecins et les infirmières, par exemple, ont des expertises uniques et complémentaires. Une collaboration réussie repose sur la reconnaissance de ces différences et la valorisation de chaque contribution. D'un point de vue psychanalytique, la différenciation peut être vue comme le reflet d'une intégration des parties distinctes du

Moi, permettant ainsi une expression authentique des compétences et des besoins individuels.

L'analyse psychanalytique peut également éclairer les conflits entre l'indifférenciation et la différenciation. Les tensions entre infirmiers et médecins, exprimées par des attitudes ambiguës et des perceptions déformées, peuvent refléter des processus inconscients de projection et de contre-transfert. Les soignants peuvent projeter leurs propres anxiétés et incertitudes sur leurs collègues, créant ainsi des barrières à la communication claire et à la collaboration efficace.

En fin de compte, l'indifférenciation et la différenciation dans les équipes d'urgences psychiatriques ne sont pas seulement des aspects opérationnels, mais aussi des fenêtres sur la psychologie individuelle et interpersonnelle. La clarté des rôles, la compréhension mutuelle et la reconnaissance des compétences de chacun sont autant de facteurs qui contribuent à des soins de qualité et à des relations professionnelles harmonieuses. Une perspective psychanalytique enrichit notre compréhension de ces dynamiques complexes, révélant comment les processus internes se reflètent dans les interactions extérieures et influencent la qualité des soins dispensés aux patients.

## **B. Extrême différenciation entre les urgences, le malade psychiatrique et les urgences psychiatriques**

Il semble essentiel de devoir explorer les tensions, les résistances et les angoisses des médecins somaticiens d'urgence lorsqu'ils sont confrontés à la maladie psychiatrique. Ces préoccupations peuvent affecter leur capacité à établir des liens avec la Psychiatrie et à accorder le temps nécessaire pour des évaluations psychiatriques approfondies. Cette analyse psychologique complexe révèle les défis uniques rencontrés dans un environnement médical où les dimensions somatiques et psychiatriques s'entrecroisent.

Le médecin somaticien pourrait avoir des réticences à établir des liens avec la maladie psychiatrique, en partie à cause des émotions intenses, des transferts et des peurs que cela pourrait déclencher. De plus, les caractéristiques des patients

en Psychiatrie peuvent différer considérablement de celle des autres patients ce qui peut entraîner des difficultés dans l'approche et la compréhension.

Le concept de timing des évaluations psychiatriques est également pertinent, car dans un environnement de soins soumis à un stress élevé, le temps peut être perçu comme une ressource rare. Le fait d'accorder du temps à une évaluation psychiatrique pourrait être perçu comme un luxe dans un contexte où les urgences somatiques prédominent, où la pression pour répondre rapidement aux besoins physiques immédiats peut entraîner une négligence involontaire des aspects psychiatriques.

Tout ceci entraîne une tendance à l'« *extrême différenciation* » de l'urgence somatique par rapport à l'urgence psychiatrique. Nous verrons par la suite qu'il y a également d'autres facteurs.

### **C. Les conflits d'adressage entre urgences somatique et psychiatriques**

L'attention semble parfois être centrée sur une lutte interne entre ce qui relève des urgences psychiatriques et ce qui relève des urgences somatiques. Cela peut provoquer une marginalisation du patient, qui peut être vue à travers un prisme psychanalytique comme un reflet de conflits internes au sein de l'équipe médicale et de la psyché individuelle.

Les conflits entre les urgences psychiatriques et somatiques peuvent être interprétés à travers le concept de "désaccord interne". Cela représente, par exemple, la lutte interne au sein du médecin somaticien qui résiste à réagir et à considérer le patient psychiatrique comme nécessitant une approche somatique. Cette résistance peut être associée à des défenses psychologiques telles que le déni et la projection.

L'aspect intéressant est que le conflit peut être liée à la peur du médecin somaticien d'être "*contaminé*" par les patients psychiatriques, ou de la "contamination" des urgences somatiques par les dynamiques psychologiques. Cela reflète le concept que la présence de contenus psychologiques indésirables est rejetée pour éviter l'angoisse.

De plus, la marginalisation de la Psychiatrie et du patient psychiatrique peut refléter le concept de "répression", où les parties indésirables ou inacceptables de la psyché sont poussées dans l'inconscient pour éviter le malaise. Les médecins somaticiens pourraient réprimer les angoisses et les peurs liées aux urgences psychiatriques pour protéger leur sentiment de contrôle et de sécurité.

Dans le cadre de la psychanalyse, ces dynamiques peuvent être explorées à travers le concept de "compromis", où les conflits internes sont résolus par une médiation entre désirs opposés. Cela pourrait nécessiter une analyse approfondie des résistances émotionnelles des médecins et de leurs peurs inconscientes liées à la maladie psychiatrique et promouvoir une résolution « intégrative ».

La dynamique de marginalisation entre les urgences psychiatriques et somatiques peut également amener cette fois-ci, l'urgentiste psychiatre à négliger des cas qui pourraient relever de sa compétence. Ce phénomène peut être analysé à travers les concepts psychanalytiques de "résistance" et de "déli".

L'urgentiste psychiatre peut résister à assumer la responsabilité de traiter un cas qui semble se situer à la croisée des urgences psychiatriques et somatiques. Cette résistance peut découler de la crainte de faire face aux défis associés à des cas complexes nécessitant une compréhension interdisciplinaire. Ainsi, le déni de cette complexité peut servir de mécanisme de défense pour préserver une sensation de compétence et de contrôle.

Du point de vue de la psychanalyse, cela peut être considéré comme un reflet de "l'inconscient résistant". L'inconscient peut s'opposer au changement car l'incertitude et l'ambiguïté représentent une menace pour la stabilité psychologique. Cette résistance peut conduire au déni de la véritable portée du cas, conduisant à la fausse croyance que le cas ne relève pas de la compétence de l'urgentiste psychiatre.

En résumé, l'effet de la marginalisation et les conflits entre les urgences psychiatriques et somatiques peuvent amener les médecins à négliger des cas qui pourraient relever de sa compétence. Cela peut être analysé à travers le prisme de la

psychanalyse, où les mécanismes de défense psychologiques peuvent influencer la perception et la gestion de cas complexes. La compréhension de ces dynamiques peut contribuer à promouvoir une évaluation plus objective et une prise de décision clinique plus complète et équilibrée.

#### **D. La psychiatrie comme lieux de l'« *ailleurs* » et de « *décharge* »**

D'un point de vue psychanalytique, le concept selon lequel les urgences psychiatriques deviennent un "*lieu de l'ailleurs*" peut être analysé à travers les concepts d'"*étrangeté*" et d'"*espace transitionnel*".

Les patients qui se présentent aux urgences psychiatriques peuvent être perçus comme des "étrangers" au sens où ils apportent avec eux des mondes intérieurs et des défis psychologiques qui peuvent être difficiles à comprendre pour les professionnels de la santé. Cette perception d'étrangeté peut être source d'anxiété et d'incertitude pour les professionnels, car ils sont confrontés à des réalités internes et à des complexités qui ne sont pas directement accessibles.

De plus, le concept de "lieu de l'ailleurs" pourrait refléter la nécessité de créer un espace séparé et spécifique pour gérer les urgences psychiatriques. Cet espace peut représenter une zone frontalière entre le monde rationnel et le monde émotionnel, un endroit où les patients peuvent chercher de l'aide lorsqu'ils se sentent vulnérables et désorientés, un espace transitionnel au sens psychanalytique.

Les urgences psychiatriques pourraient servir d'espace de "décharge" en lien avec la complexité des cas et le besoin de compétences interdisciplinaires. Ces dernières impliquant, par exemple, des aspects sociaux, psychologiques et éducatifs qui peuvent être considérés comme des "zones frontières".

Ces cas complexes nécessitent une approche intégrée où des professionnels de disciplines différentes collaborent pour comprendre et traiter les problèmes.

L'idée de "lieu de l'ailleurs" pourrait donc représenter un contexte dans lequel ces complexités sont abordées, un lieu où les divisions entre les disciplines sont

dépassées pour aborder la totalité de l'expérience humaine. Cela peut nécessiter une attitude d'ouverture, d'acceptation de l'incertitude et une volonté de collaborer avec d'autres professionnels afin de fournir des soins complets et efficaces.

### **E. Les urgences : « *Système fonctionnant en burnout* »**

Dans une perspective psychanalytique, le concept de "système fonctionnant en burn-out" peut être exploré à travers le prisme de la dynamique psychologique et des mécanismes de défense.

Dans le contexte des urgences, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques, un "système fonctionnant en burn-out" peut être compris comme un environnement où les professionnels de la santé sont continuellement soumis à des demandes excessives, des pressions et des attentes élevées, sans avoir suffisamment de ressources pour faire face à ces demandes.

D'un point de vue psychanalytique, « un système en burn-out » peut refléter un déséquilibre entre les besoins des professionnels et leurs ressources disponibles pour y répondre. Ce déséquilibre peut entraîner une accumulation de frustration, de colère, de ressentiment et d'épuisement émotionnel. Les individus impliqués dans ce système peuvent développer des mécanismes de défense pour faire face à ces émotions intenses.

L'un de ces mécanismes pourrait être la "défense maniaque", où les individus tentent de maintenir une apparence de fonctionnement normal en dépit de l'épuisement. Cela pourrait se traduire par une activité incessante, une hyperactivité ou une accélération des actions pour masquer la détresse intérieure.

D'autre part, les mécanismes de défense tels que la "défense de clivage" pourraient également être présents. Les individus pourraient diviser leur expérience en compartiments distincts, séparant leurs émotions et leurs besoins personnels de leurs fonctions professionnelles. Cela peut conduire à un manque d'empathie ou de

sensibilité envers les patients, car les professionnels se concentrent sur la "tâche" à accomplir plutôt que sur les aspects émotionnels des soins.

Dans l'ensemble, dans un "système fonctionnant en burn-out", les dynamiques psychologiques complexes peuvent inclure des mécanismes de défense tels que la manie, le clivage et la dissociation. Les individus peuvent tenter de maintenir une apparence de normalité tout en luttant avec des émotions intenses liées à l'épuisement. La compréhension de ces mécanismes peut contribuer à développer des stratégies pour atténuer l'impact du burn-out, améliorer les soins aux patients et créer un environnement de travail plus sain et plus équilibré.

## **VII. Transfert et contre-transfert aux urgences psychiatriques.**

Comme nous l'avons vu, le binôme médecin-infirmier prend en charge des patients psychiatriques afin de pouvoir faire une première analyse et comprendre la nature de l'urgence qu'ils apportent avec eux. L'analyse est dictée d'une part par des protocoles et des critères très précis, mais souvent, elle peut être influencée par le transfert et le contre-transfert. Ainsi, le point de vue des deux parties du binôme, la présence d'un type de transfert qui a souvent besoin d'un équilibre « à deux points d'un binôme » pour accéder à un échange fructueux avec le patient est souvent complémentaire et à la fois protectrice.

Le transfert se réfère aux sentiments, aux émotions et aux attitudes inconscientes qu'un patient peut projeter sur les membres de l'équipe soignante. Dans le contexte des urgences psychiatriques, cela peut se manifester par des sentiments d'attachement, de colère, de méfiance, de dépendance ou d'idéalisation envers les soignants. Ces sentiments peuvent découler des expériences passées du patient et peuvent influencer la dynamique de la relation thérapeutique.

D'autre part, le contre-transfert fait référence aux émotions, aux réactions et aux attitudes inconscientes que les membres de l'équipe soignante peuvent développer en réponse aux projections du patient. Ces réactions peuvent être influencées par les

expériences personnelles des soignants, leurs croyances, leurs valeurs ou leurs propres préjugés. Le contre-transfert peut affecter la manière dont les soignants perçoivent et interagissent avec le patient, ce qui peut avoir un impact sur la qualité des soins.

Dans les situations d'urgence psychiatrique, il est essentiel que l'équipe soignante reconnaisse et comprenne les dynamiques de transfert et de contre-transfert qui peuvent se produire. Une prise de conscience de ces processus peut aider à maintenir une relation thérapeutique saine et à fournir des soins adaptés au patient. Une supervision clinique régulière et un soutien entre les membres de l'équipe soignante sont importants pour gérer efficacement ces aspects du travail.

Souvent le transfert dans l'urgence psychiatrique est « *hémorragique* » (Chaltiel 2006), c'est-à-dire qu'il a la caractéristique de ne pas avoir le confinement des émotions, des mots, du désespoir, de la colère, du ressentiment, de la tristesse. Il y a une abondance et une haute intensité d'émotions qui sont déversées ou exprimées au cours du processus thérapeutique. D'autres fois, le saignement est interne et il n'est pas possible de le voir à travers des mots ou des émotions, est figé dans la douleur inexpressive. Le transfert peut aller de très expressif à violent, avec ses gradations intermédiaires, et d'impersonnel à personnel.

Ainsi, lorsqu'un patient a un transfert de ce type, il est souvent important de partager le contre-transfert et de ne pas être seul. Pouvoir discuter du contre-transfert, l'analyser ensemble pour comprendre la subjectivité du patient et pouvoir prendre des décisions objectives.

## **VIII. Cas cliniques : entre l'inadapté et l'insupportable ?**

Dans le cadre des urgences psychiatriques, nous nous retrouvons souvent face à des situations complexes et délicates.

Dans ce paragraphe nous tenterons d'analyser des cas cliniques qui se veulent porte-parole de situations complexes, mais surtout de prise en charge à long terme de patients souvent rencontrés dans le cadre des urgences et qui influencent à la fois les

relations inter-équipes avec les urgentistes somatiques notamment, mais aussi intra-équipe pour la coordination des soins. Des cas cliniques qui ont posé des difficultés relationnelles particulières et provoqué des crises, des disputes, des colères intra et inter-équipes.

Toutefois les cas cliniques utilisés ne permettent pas d'avoir une vision complète de la complexité des urgences et ne sont qu'un prétexte pour décrire certains éléments récurrents, mais non exhaustifs.

Enfin, nous proposerons d'éventuelles résolutions afin que nous puissions avoir la meilleure gestion possible de ce type de cas complexe.

### **A. Premier cas clinique : Double diagnostic, psychiatrique et addictologique. Monsieur A.**

La problématique des patients ayant un double diagnostic de troubles psychiatriques et addictologique nécessite une évaluation approfondie et une prise en charge adéquate, pouvant prendre en compte à la fois l'aspect psychiatrique et celui lié à la dépendance.

La présence d'un double diagnostic peut rendre le processus diagnostique et thérapeutique plus complexe, nécessitant une collaboration étroite entre des professionnels de différentes disciplines, tels que des psychiatres, des addictologues, des psychologues, et des travailleurs sociaux.

Nous allons étudier le cas d'un patient atteint d'un trouble de la personnalité de type antisocial, qui a changé de région après être sorti d'une hospitalisation dans une autre région.

Monsieur A. s'est présenté pour la première fois aux urgences en novembre 2020. À cette époque, il avait 37 ans. Monsieur est originaire de Lille, sans domicile fixe depuis 7 ans avec errance dans plusieurs régions, célibataire sans enfants avec isolement familial. Il touche l'Allocation adulte handicapé (AAH).

Dans les antécédents psychiatriques nous avons de l'éthylisme chronique et trouble anxio-dépressif. En plus, plusieurs cures de sevrage avec plusieurs sorties disciplinaires.

Il est venu dans la région pour retrouver une amie et il a été accueilli à l'accueil de nuit et de jour d'une association de réinsertion et d'accompagnement. À niveau somatiques monsieur souffre de diabète insulino-dépendent avec plusieurs pancréatites.

En entretien il se présente habituellement de façon incurie. Se montre dans l'opposition avec un discours qui est souvent revendicatif et parfois plaqué. Impulsivité sus-jacente. Minimise ses consommations. Le vécu est pour la majeure part persecutif et projectif.

Plusieurs passages aux urgences pour alcoolisation massive et intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) à l'insuline.

Notre double diagnostic dans le temps a été la suivante :

- Syndrome de dépendance aux benzodiazépines et à l'alcool.
- Trouble de la personnalité de type antisocial avec trouble du comportement.

Le patient a été hospitalisé la première fois en service somatique pour acétonémie importante car mésobservante de son traitement anti-diabétique. Pendant ce période a eu plusieurs évaluations par la psychiatrie de liaison. A noter que le patient buvait de l'alcool en étant hospitalisé.

La première hospitalisation en psychiatrie en soins sans consentements (SSC) s'est reproduite suite à l'injection d'insuline à but suicidaire, où il ne voulait pas parler de son histoire d'enfance sinon de façon toujours superficielle. Demandes paradoxales entre le désir d'être hospitalisé et la non demande de soins. Mises en échec de toutes prises en charges proposées.

Sa deuxième hospitalisation en SSC, se réalise après plusieurs passages aux urgences.

Un programme de soins ambulatoires est mis en place à sa sortie.

Monsieur a bénéficié de plusieurs rencontres avec l'équipe de liaison en addictologie, sans avoir jamais un projet bien défini.

A remarqué qu'il a été à l'origine de plusieurs conflits lors de ses prises en charge aux urgences entre les différentes équipes. Il a aussi agressé une infirmière des urgences. Il a été mis sous curatelle puis il a fait une cure de sevrage.

La troisième hospitalisation en soins sans consentements c'est reproduit suite à une IMV à l'insuline, décidée avec difficulté devant la réticence du service de SSC à effectuer une nouvelle prise en charge.

À noter qu'après plusieurs hospitalisations, il n'aborde toujours pas son histoire personnelle. Il est peu accessible à un travail psychologique.

La suite de son histoire reste complexe mais n'est pas nécessaire à notre réflexion.

Les défis liés à la gestion de ces cas comprennent la difficulté de distinguer les symptômes psychiatriques de ceux liés à la toxicomanie, car ils se chevauchent et s'influencent mutuellement.

En effet, l'abus de substances concerne environ un quart des patients psychiatriques, posant des problèmes thérapeutiques complexes.

Diverses pathologies psychiatriques peuvent être impliquées dans la consommation concomitante de substances causée à la fois par l'usage automédicamenteux et par la vulnérabilité du patient psychiatrique lui-même.

Comme explique Wasser et al. (2005) ils existent trois modèles de prise en charge : séquentiel, en parallèle et intégrée.

Le modèle intégré, traitant simultanément les deux pathologies, s'avère le plus efficace.

Cela consiste à traiter simultanément les deux pathologies avec une équipe spécialisée travaillant de manière coordonnée. Ce programme intégré a montré une efficacité dans la réduction des symptômes, des hospitalisations et de la criminalité, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des patients. Pour garantir la continuité du traitement, un référent, appelé **case manager**, est désigné pour accompagner le patient sur le long terme et garantir la continuité du traitement malgré les crises et les ruptures de cadre possibles.

Sans cette figure nous risquons d'avoir des multiples interventions sans coordination. Pour une prise en charge réussie, l'évaluation clinique, la motivation au changement du patient et le suivi psychosocial sont essentiels.

Le programme intégré nécessite une équipe multidisciplinaire spécifiquement formée, basée dans une unité hospitalière qui joue le rôle de référence en cas de crise, garantissant la mise en place des programmes spécifiques.

Les principaux acteurs impliqués dans la gestion du double diagnostic comprennent les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières praticiennes en santé mentale et l'équipe d'addictologie.

Les principales difficultés de prise en charge rencontrées pour un patient au double diagnostique psychiatrique et addictologique, sont les suivantes :

1. **Manque de coordination** : Cela peut entraîner des interventions parfois contradictoires et une prise en charge fragmentée.

2. **Ruptures de cadre du patient.**

3. **Réchutes graves** : Les tentatives de sevrage et les périodes d'abstinence sont souvent suivies de rechutes graves dans la consommation de substances, rendant difficile le maintien d'une prise en charge continue.

4. **Dérive psychosociale** : Les difficultés du patient à gérer ses troubles concomitants et sa dépendance peuvent entraîner des comportements à risque, des crises, des hospitalisations répétées et des conflits avec son entourage.

5. **Absence de projet thérapeutique global** : Les interventions sont souvent effectuées en urgence, sans élaborer un projet thérapeutique global sur le long terme pour le patient.

6. **Épuisement des équipes soignantes** : Les équipes spécialisées dans la prise en charge de ces patients se sentent parfois dépassées par leur complexité et leurs nombreuses rechutes, ce qui peut conduire à un sentiment d'impuissance et d'épuisement.

La complexité de ces situations peut faire émerger différentes hypothèses parmi les membres de l'équipe. Les urgentistes somatiques pourraient se concentrer principalement sur la symptomatologie du patient et le contrôle immédiat de la

situation, poussant à une hospitalisation en soins sous contraintes pour assurer la sécurité du patient et des autres. En revanche, les psychiatres pourraient adopter une approche plus centrée sur les facteurs psychologiques et sur l'importance d'impliquer le patient dans une démarche thérapeutique motivée et volontaire.

Cette divergence de points de vue peut entraîner des tensions entre les membres de l'équipe, chacun défendant sa vision des soins les plus appropriée.

### **Discussion :**

Le cas clinique présenté offre l'occasion de réfléchir à la complexité des urgences psychiatriques liées au double diagnostic et souligne l'importance d'une approche intégrée et spécialisée pour gérer de telles situations. Le manque de moyens représente un défi de taille, mais souligne également la nécessité d'investir dans la constitution d'équipes dédiées pour assurer une prise en charge adéquate des patients aux besoins complexes et délicats. Ce n'est qu'avec une approche multidisciplinaire et une bonne prise en charge que nous pourrions espérer faire face avec succès aux urgences psychiatriques à double diagnostic.

Selon le « Department of Health of the United Kingdom » :

*« Une équipe « double diagnostic » qui fonctionne de façon transverse entre les services spécialisés pour les problèmes d'alcool et d'abus de substances et les services psychiatriques, semble préférable à un service spécialisé qui pourrait doubler une prestation déjà existante » (Wasser et al. 2005).*

## **B. Deuxième cas clinique : Mademoiselle T. illustrant la complexité de la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.**

L'adolescence représente une période charnière dans le développement individuel, rendant les jeunes plus vulnérables à l'apparition des troubles mentaux. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte joue un rôle essentiel pour garantir une prise en charge optimale des adolescents souffrant de ces troubles. Cependant, des études mettent en évidence des insuffisances dans l'organisation de cette transition entre les services de soins pour enfants et adultes, entraînant des pertes de vue et une détérioration de l'état de santé des jeunes.

Ce cas clinique complexe que nous examinerons nous permettra de comprendre les problèmes liés à la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte et comment ces prises en charge aux urgences sont souvent provocatrices de tensions entre l'équipe de psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie mais aussi entre la Psychiatrie en générale et les urgentistes somatiques.

Me. T est une jeune fille, troisième d'une fratrie de quatre enfants.

Première prise en charge suite à des maltraitances de la part sa mère.

Vue la première fois en pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie à l'âge de 12ans (en 2016) pour ingestion de produit toxique et scarifications, puis première hospitalisation en pédopsychiatrie où elle reçoit l'introduction du Risperdal + Tercian.

Suite à des passages à l'acte suicidaire, se succèdent trois hospitalisations au cours de l'année suivante.

En 2018, elle est de nouveau hospitalisée suite à l'administration volontaire de bout de bois dans le méat urinaire ayant entraîné une infection.

Prise en charge difficile, clivage de l'équipe, plusieurs crises clastique et nécessité d'isolement avec la peur ambivalente de sortir d'hospitalisation pour la patiente

Prise en charge sociale très compliquée, plusieurs placements dans différentes structures et difficulté à trouver une structure adaptée pour la patiente.

En fin d'hospitalisation en mai 2019, elle part en famille d'accueil et elle est prise en charge en hôpital de jour. Elle fugue de la famille d'accueil et met en échec les soins. L'ASE saisi l'ARS pour trouver une autre solution d'hébergement adaptée pour la patiente.

Première hospitalisation en OPP en service fermé, d'octobre à décembre 2019.

Puis plusieurs hospitalisations en pédiatrie avec multiples passage au bloc chirurgical d'urologie, reprise de l'hôpital de jour mais avec multiplication des passages à l'acte, donc retour en hospitalisation complète en pédopsychiatrie.

Mise en place d'hospitalisations séquentielles une semaine par mois à la sortie.

Les hospitalisations séquentielles n'empêchent pas les passages à l'acte qui semblent s'inscrire dans une forme d'addiction et de l'autre côté de dépendance /refus de l'institution.

A 16 ans, elle est hospitalisée en soins libres en psychiatrie adulte (hospitalisation courte).

Les hospitalisations séquentielles se poursuivent cependant en pédopsychiatrie.

En décembre 2020, deuxième OPP en pavillon fermé.

Elle passera beaucoup de temps en soins en pavillon fermé durant la transition à l'âge adulte sachant que la pédopsychiatrie et les services de soins libres adultes ne semblaient pas des structures "acceptables et adaptées" pour la patiente.

Depuis le début, imaginer un lieu convenable pour cette patiente semble avoir été le problème de toutes les équipes qui l'ont prise en charge.

C'est précisément pour cette raison qu'il nous semble un bon exemple pour souligner l'absence de structures qualifiées pour ce type de patients en pédopsychiatrie, mais aussi pour les préparer à la transition entre la Pédopsychiatrie et le psychiatre adulte. En réalité, l'idée n'est pas de favoriser la création de nouvelles structures qui vivraient du même manque de moyens que nous vivons partout dans le domaine médico-social, mais plutôt de favoriser l'organisation de protocoles d'accompagnement des patients dans cette tranche d'âge.

### **Barrières à la transition**

Dhôte et al (2017) nous aident à comprendre les obstacles à la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, qui sont divers et peuvent varier d'un système de soins à un autre.

Voici les principaux obstacles :

**1. La division rigide entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte :** caractérisée par des limites d'âge arbitraires et des pratiques différentes, peut entraîner un manque de collaboration et de coordination entre ces deux services. Cette fragmentation peut rendre difficile la continuité des soins pour les patients.

**2. Manque de collaboration entre les services :** En raison des différences entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, il peut exister un manque de collaboration entre les professionnels de ces deux domaines. Cela peut entraîner un défaut de communication et une absence de prise en charge coordonnée pour les jeunes patients.

3. **Carence en moyens humains et en formation** : Les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte peuvent être confrontés à une carence en personnel formé spécifiquement pour accompagner la transition des adolescents. Le manque de formation adéquate sur cette période charnière peut entraîner des difficultés dans la prise en charge des patients.

4. **Surcharge des services d'aval** : Les services de psychiatrie adulte peuvent être déjà surchargés, ce qui peut rendre difficile l'accueil et la prise en charge des jeunes patients en transition. Cette surcharge peut entraîner des délais d'attente plus longs pour les soins, voire un refus de prise en charge.

5. **Barrières administratives** : Certains aspects administratifs peuvent rendre difficile la transition, comme l'absence de protocoles disponibles, le changement de statut de couverture sociale lors du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, ou encore le défaut de priorisation de cette tranche d'âge dans les politiques de santé (Schandrin et al. 2013).

6. **Manque de préparation et de soutien pour les jeunes en transition** : Les adolescents peuvent se sentir insuffisamment préparés à la vie adulte et peu soutenus dans leur intégration sociale, professionnelle et éducative. Le manque de services adaptés à leurs besoins spécifiques peut être une source de difficultés (Jivanjee et al. 2009).

7. **Difficultés pour certaines pathologies spécifiques** : Certaines pathologies, comme le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ou les symptômes psychotiques, peuvent être particulièrement à risque d'un échec de transition en raison du manque de structures spécialisées pour les prendre en charge (Marcer et al. 2008).

Pour surmonter ces obstacles les initiatives locales de programmes d'accompagnement de transition montrent des résultats prometteurs, notamment en favorisant l'autonomisation du jeune et en coordonnant les soins.

Il est essentiel :

- De favoriser la continuité des soins avec une meilleure collaboration entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, de réunions de synthèse et un transfert d'information entre services ;
- De renforcer la formation des professionnels de santé ;
- De développer, où il est faisable, des services dédiés ;
- D'établir des protocoles clairs pour assurer une transition efficace et cohérente pour les jeunes patients souffrant de troubles mentaux ;
- La nomination d'un coordinateur de la transition peut également être bénéfique. Ce dernier aurait pour rôle de superviser le processus de transition, de faciliter la communication entre les services et d'assurer la continuité des soins.

Les soins de type "*wraparound*" et les approches basées sur un "cadre décisionnel partagé" ont été efficaces dans certains cas.

- Les soins de type "*wraparound*" sont un modèle d'intervention multidisciplinaire qui vise à soutenir de manière personnalisée les jeunes patients en transition d'âge. Ce modèle implique une collaboration étroite entre les services médicaux, les travailleurs sociaux, la famille et l'entourage du jeune pour élaborer un plan de soins individualisé. L'approche pratique et bienveillante de ce modèle est souvent appréciée par les patients et leurs familles, et elle peut contribuer à améliorer l'intensité des symptômes, la qualité de vie et l'intégration sociale des patients (Jivanjee et al. 2011).
- L'approche du "*cadre décisionnel partagé*" provient de l'expérience de services de soins somatiques, notamment au Canada. Dans ce modèle, « une équipe de transition, composée de membres des services pour enfants et adultes combinés, ainsi qu'un coordinateur de la transition (généralement un soignant ou un travailleur social), planifient, organisent et mènent à bien le passage du patient d'un service à l'autre (Dhôte et al. 2017). Des cliniques dédiées à cette étape peuvent être établies. Cette approche nécessite des ressources humaines et matérielles importantes, mais elle pourrait être transposée aux

soins psychiatriques. Elle favorise la continuité des soins et la collaboration entre les services (Gall et al. 2006).

Toutefois, aujourd'hui des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour dépister les lacunes du système de soins actuel et évaluer les modèles d'intervention, afin d'améliorer l'organisation de la transition en psychiatrie pour les adolescents.

Il est également important d'améliorer la transition des jeunes pris en charge par l'ASE vers l'âge adulte en mettant en place des dispositifs de suivi adaptés, en offrant un soutien financier et social approprié et en veillant à ce que les jeunes souffrant de troubles mentaux aient accès aux services de santé mentale dont ils ont besoin.

## **IX. Analyse et sociogramme de l'équipe**

Dans ce paragraphe nous examinerons l'équipe d'un service d'urgence et post urgence psychiatrique et nous essaierons d'en faire un portrait de manière à comprendre au maximum la dynamique actuelle.

Pour ce faire, nous avons utilisé deux types de méthodes d'analyse, l'une qualitative et l'autre quantitative, afin d'être rapide et efficace.

Nous avons donc proposé à la plupart des membres de l'équipe un questionnaire puis nous avons essayé de construire un sociogramme des relations interpersonnelles afin de comprendre comment le travail et l'information circulent au sein du service.

Compte tenu du contexte, l'anonymisation de l'ensemble de l'étude est nécessaire.

Un consentement éclairé a été signé par chaque membre participant (Annexe 1).

### **A. Le questionnaire**

Le questionnaire (Annexe 3) est composé de huit questions qui visent à analyser certaines particularités de l'équipe et d'avoir un prétexte au dialogue et au récit de soi (dans la dimension intrapsychique) et de l'équipe (interpsychique et transpsychique) :

La première question permet d'étudier le processus d'adaptation des différents membres de l'équipe et les différentes attentes, déceptions ou satisfactions.

**1. Quand vous êtes arrivés travailler dans le service, qu'elle était l'idée que vous aviez du service même ? Avez-vous trouvé votre représentation différente de la réalité ? Si oui, en quoi ?**

La deuxième question fait plutôt référence à la « Time Line » du service. Elle permet d'apprendre différents aspects, comme par exemple l'intérêt porté par le sujet à l'institution à laquelle il appartient et aussi de comprendre comment l'histoire institutionnelle peut influencer la dynamique de l'équipe et quel est l'héritage du service, transmis par les fondateurs.

**2. Est-ce que vous connaissez l'histoire de votre service ? Pourriez-vous me parler de son origine ?**

Les troisième et quatrième questions analysent assez directement la tâche primaire et les tâches secondaires. Cela nous permet de pouvoir analyser le rôle de la tâche primaire et comment celle-ci est vécu par les différents membres de l'équipe et s'il y a des tâches supplémentaires qui peuvent ne pas convenir ou symboliser un signe de bureaucratisation par exemple. La relation entre la tâche primaire et le sentiment de se sentir soignant est la clé pour comprendre l'âme du groupe.

**3. Quelle est votre tâche primaire au travail ? Est-ce qu'il y a d'autres tâches secondaires ? Faites-vous des tâches qui ne vous appartiennent pas forcément ?**

**4. Est-ce que votre tâche primaire vous suffit pour vous sentir soignant ? Sinon, au quotidien, qu'est-ce qui vous fait ressentir cette fonction ?**

La cinquième question vise à rechercher si chaque membre du service s'harmonise avec les objectifs du groupe. Elle permet de comprendre si l'individu est synchronisé et si le groupe est fonctionnel.

**5. A votre avis, quels sont les objectifs du service ?**

La sixième question est celle qui permettra à chaque membre de l'équipe de libérer ses idées et sa créativité pour promouvoir un changement de service positif. Dans un sens analytique cela nous permettra également de ressentir les différents désirs des individus, les colères et les espoirs.

**6. Qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre quotidien au travail ?**

La septième question est plutôt un "correcteur" ou plutôt un "contrôleur" du sociogramme que nous verrons plus loin.

### **7. Avec qui échangez-vous le plus ?**

La huitième question va investiguer les espaces intersticiels du service et permet d'identifier où l'équipe est soudée.

### **8. Est-ce qu'il y a un lieu où les échanges sur des faits personnels sont présents dans le service ? Quand ont-ils majoritairement lieu et est-ce que vous y participez ?**

Bien entendu nous ne relaterons pas les réponses des différents membres de l'équipe mais nous ferons un résumé et un exposé général question par question en essayant de faire des réflexions constructives.

Sur 29 membres de l'équipe, nous avons pu réaliser 19 entretiens, 5 n'ont pas participé à l'étude sous toutes ses formes (questionnaire et sociogramme), 1 a accepté de répondre au questionnaire sans remplir le sociogramme, les 4 restants ont rempli uniquement le sociogramme.

### **Nous procédons ici à l'analyse question par question.**

**Question 1.** Les réponses ont été variées, 9 personnes m'ont répondu que la représentation était conforme à celle qu'ils avaient et qu'ils ont rapidement intégré le service, et la plupart d'entre eux ont demandé à être transférés eux-mêmes dans l'unité. 1 personne est arrivée dans le service pour s'évader d'un autre service où elle se trouvait initialement, 4 membres du groupe ne s'attendaient pas à la même représentation notamment concernant les urgences, 1 en particulier ne s'attendait pas à voir un service de soins libres avec les portes fermées. 1 autre est arrivé dans un contexte de remplacement et n'est jamais reparti. 1 notamment en raison d'une mutation imposée, ne voulait pas venir. Pour 2 autres membres du groupe c'était l'inconnu, mais ils se sont vite installés.

En analysant rapidement les réponses, l'affiliation du contrat narcissique semble être un processus assez harmonieux avec différents porte-parole qui assument le rôle de transmettre les valeurs du groupe et d'aider à l'intégration. Malgré les lacunes et le

manque de moyens, les individus semblent pouvoir apporter leur contribution personnelle au service et adapter leurs idéaux à la réalité et aux limites qui les entourent. Les processus d'affiliation et d'intégration ne semblent pas avoir de principes pathologiques.

**Question 2.** Il était très utile de se poser la question de l'histoire du service, à la fois pour comprendre le mythe d'origine, c'est-à-dire plutôt l'idéal de base transmis à toutes les époques de l'équipe, et pour comprendre la représentation de la dynamique du service lui-même vu par presque tous les membres de l'équipe.

Quelle était la « *cause originaire* » à la base de la construction du service ? Autrement dit, quel était le conflit fondamental qui a conduit à la création de l'équipe ? Sûrement le constat que la création des urgences psychiatriques était nécessaire.

Cependant, ce conflit lors de la création du service s'est focalisé et figé sur la crise suicidaire. Autrement dit, le conflit originel était celui dicté par l'ARS qui demandait à l'hôpital de créer des urgences psychiatriques. A cette époque la philosophie des de la plupart des médecins psychiatres était qu'il n'y avait pas d'"urgences psychiatriques", sauf que les idées suicidaires ont toujours posé un problème d'affirmation et d'ambivalence à cette "croyance". L'hôpital a donc été contraint de mettre en place un service dédié à la crise suicidaire, car cette urgence était la seule que l'on pouvait alors concevoir à partir de l'affirmation ambivalente de l'existence de "non-urgences" en Psychiatrie. Nous pouvons donc affirmer que le mythe fondateur du service est de ne devoir exercer une activité psychiatrique d'urgence que pour les crises suicidaires.

Ce principe est très souvent évoqué en entretien à tel point qu'aujourd'hui encore, bien que l'exercice de la Psychiatrie ait évolué, de nombreux membres du groupe demandent en entretien de pouvoir revenir à la vocation originelle du service. Cette résolution du conflit initial, cependant, apporte avec elle plus de contradictions :

- Il existe de nombreux types de crises en psychiatrie et de nombreux types d'urgences, qui ne peuvent pas toutes être incluses dans la crise suicidaire.
- Nous sommes sûrs que depuis la création du service, au lieu de s'occuper uniquement des idées suicidaires, le service prend en charge toutes les crises psychiatriques et que le fait de se consacrer "uniquement" aux crises suicidaires n'est au contraire qu'une utopie et un idéal qui semble irréel ?

Il est vrai que, comme a pu le dire un membre du groupe, la pénurie de psychiatres libéraux fait que nous n'avons plus les mêmes urgences psychiatriques mais plutôt des entretiens ambulatoires semi-urgents, essayant de colmater les manques dans le système.

Certaines infirmières présentes depuis la création du service racontent qu'au départ il n'y avait pas de psychiatre en présentiel aux urgences, mais que l'infirmière faisait les évaluations par elle-même et en discutait avec l'urgentiste qui prenait la responsabilité des décisions. En cas de besoin, les infirmières pouvaient faire appel à un psychiatre d'astreinte téléphonique. Après cela, les choses ont changé et le duo médecin-infirmière s'est formé.

Si nous contextualisons les débuts du service avec ce que nous avons évoqué à propos de l'indifférenciation du binôme, nous comprenons mieux à quel point effectivement "le territoire" des urgences a toujours été plutôt infirmiers que médical car les médecins ont été plus souvent absents.

Enfin, dans le récit il y a plusieurs allusions aux départs des médecins, en particulier il y a un récit redondant qui semble prendre la fonction d'hypertrophie de la mémoire comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre. En réalité, nous savons que de nombreux médecins psychiatres sont passés par le service et que, comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents le turnover est vraiment important. Nous ne voulons pas nous prononcer de manière catégorique sur la raison de ce turn-over, qui pour l'essentiel nous semble lié avant tout au stress même des urgences. Mais si l'on va enquêter sur l'équipe, la représentation qu'elle présente est intéressante : les « absences » du chef, c'est-à-dire le fait qu'il soit effectivement affecté par plusieurs missions, est responsable d'un manque d'« *enveloppe patriarcale* », favorisant une prise de pouvoir pour le leadership et donc une intolérance à l'autorité et au maintien de l'organisation demandée par le chef lui-même. En pratique, de nombreux membres du groupe évoquent le fait que plusieurs médecins ont souvent proposé de mettre en place des dispositifs de soin, mais qu'en pratique, faute de moyens et de personnel, cela n'a jamais été possible. En fait, le médecin tient souvent la place de « porte-rêves » et le chef semble tenir lieu de bouc émissaire de cette angoisse et surtout du manque de moyens et de la rechute dans la réalité. Le vrai problème est que, contrairement à d'autres services, les services d'urgence ne peuvent souvent pas se permettre de rêver.

Ce n'est donc pas forcément l'écrasement des rêves par une hiérarchie supérieure à laquelle nous attribuons ce rôle, mais plutôt la rareté et le manque de moyens qui produit un état d'alerte où personne ne peut plus rêver et entre dans un processus paranoïaque, tel que nous le décrivons dans le deuxième chapitre.

Enfin, il est intéressant de savoir que beaucoup de membres de l'équipe ignore l'histoire du service, pas même dans ses concepts de base et qu'ils n'ont donc jamais souscrit à une adhésion complète au service lui-même.

**Question 3 et 4.** Nous traiterons ensemble les deux questions suivantes. Comme nous l'avons mentionné, la tâche primaire du service est influencée par le mythe fondateur de la crise suicidaire. L'institutionnalisation de ce mythe s'opère dans le "râler" chaque fois que nous nous occupons de ce qui n'est pas une crise suicidaire. La tâche primaire semble être bien vécue par tous. Pour tous les membres du groupe, l'accompagnement du patient est en premier lieu. Les réponses sont extrêmement indifférenciées cependant. Même pour les aides-soignants, le ménage est perçu comme une tâche secondaire. C'est certainement un point particulier en Psychiatrie car souvent toutes les autres figures soignantes ont un rôle de proximité "spirituelle" avec le patient parfois égale, voir plus importante que le médecin lui-même. Alors que dans d'autres services cet aspect de spiritualité, ou plutôt d'humanité, n'existe presque pas dans le domaine médical. En psychiatrie c'est une caractéristique importante. Chacun des membres de l'équipe a répondu adéquatement à cette question sauf pour l'indication d'accueil dans le service réservé aux crises suicidaires qui pourraient conduire à négliger des cas cliniques plus sociaux ou différents. Très souvent, les patients mineurs ou trop âgés ou ceux qui ont des addictions, tous avec des problèmes sociaux, sont ressentis comme non appropriés pour le service, même si dans la plupart des cas, ils peuvent être attribués à ce que nous définissons comme des "crises" en psychiatrie. Cependant, le manque des moyens sociaux d'accompagnement fait qu'en réalité ils deviennent des cas cliniques difficiles et inappropriés, occupant l'espace dans une spirale de non-résolution pendant plusieurs jours, invraisemblable dans un roulement comme celui de ce service. En tout cas il semble que la tâche primaire se ressente de manière « sacrée » dans l'accompagnement du patient et qu'il y ait peu de « profane ».

Pour certains, il y a des plaintes concernant le manque de personnel car dans de nombreuses tâches secondaires, 2 soignants sont nécessaires pour l'inventaire, l'ecg, etc. La problématique du travail en binôme pour certaines tâches est liée au fort désir du personnel de pouvoir faire des activités ou des entretiens avec les patients et le fait d'être en binôme ne leur permet pas logistiquement d'avoir le temps de remplir la tâche primaire.

Rarement, les tâches secondaires sont notées et elles ne semblent pas remplir une fonction bureaucratique.

L'exception concerne les infirmières aux urgences qui répondent à la question de manière discordante. Dans le sens que, aux urgences il y a de nombreuses démarches administratives secondaires qui occupent du temps et de l'espace mental, comme par exemple la traçabilité dans les dossiers dans deux logiciels différents, servir un repas, répondre au téléphone, toutes les certificats a envoyé. Ces tâches sont ressenties différemment, parfois comme des tâches secondaires et parfois, par d'autre infirmières comme plutôt faisant partie des leurs missions.

Enfin, tout le monde peut dire qu'ils se sentent soignants avec la tâche primaire qu'ils exercent.

La tâche primaire et les tâches secondaires, semblent au fil de l'analyse, ne pas déborder dans un désinvestissement ou un sur-investissement en restant en équilibre dans un processus physiologique et humain.

**Question 5.** Lors de la cinquième question, tous les membres de l'équipe répondent adéquatement, connaissant parfaitement les objectifs du service. Prise en charge de la crise, surveillance et orientation post-hospitalière.

L'équipe semble harmonieuse et performante.

Cette question nous a permis de connaître les compétences propres et acquises de l'équipe en :

- Bonne connaissance des objectifs ;
- Une communication interne claire et fluide ;
- Grande motivation et implication dans la tâche primaire ;
- Satisfaction du personnel ;
- Efficacité des résultats des traitements ;
- Synchronisation des actions.

**Question 6.** Concernant les changements que l'équipe souhaiterait, la reprise des réunions cliniques concernant les cas complexes vient en premier.

L'équipe semble demander de manière forte, un espace d'échange, de raisonnement clinique et d'accompagnement humain afin de partager, déposer le poids de certaines prises en charge et apprendre à s'améliorer. Cela montre bien la maturité de l'équipe et la reprise de ce temps d'échange semble important.

Comme nous l'avons déjà vu, beaucoup demandent que le service puisse revenir à l'objectif initial d'hospitalisation et de prise en charge des crises suicidaires.

En raison du manque de personnel et de temps, beaucoup demandent que les prises en charge des patients soit « plus structurées et adaptées » aux cas individuels afin de rendre le patient plus actif au cours de son hospitalisation.

De nombreuses infirmières demandent plus d'autonomie en matière de gestion de leur planning.

Enfin, rares sont ceux qui demandent un renfort de plus de soignants, mais il semble que cette réponse soit évidente et ennuyeuse à répéter comme une plainte commune et ancienne. Un seul membre du groupe explique qu'il aimerait régler une fois pour toutes ce problème de personnel afin d'avoir plus de temps pour les prises en charges des patients hospitalisés.

**Question 7.** Cette question était plutôt une vérification du sociogramme. En général, les réponses sont cohérentes avec les premiers choix du sociogramme.

**Question 8.** Comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, l'existence d'espaces interstitiels dans une équipe est essentielle pour les interactions. Ils diffèrent en fonction du moment de la journée ou de la nuit mais ils sont aussi en lien avec la fonction du membre du groupe.

Les principaux espaces choisis, par ordre de préférence sont :

- I. La salle de pause ;
- II. Le secrétariat ;
- III. Le balcon fumeur ;
- IV. Le vestiaire ;
- V. Le bureau des urgences

## **B. Les sociogrammes**

Nous avons remis à l'équipe une liste à compléter avec les noms des collègues par ordre de préférence, sans distinction de catégorie (annexe 2). Nous avons demandé aux différents membres de l'équipe d'écrire un minimum de 5 collègues sans préciser le nombre maximum pouvant être inscrits.

Nous avons fait cela pour comprendre aussi la tendance à écrire plus de collègues ou à se limiter aux 5 demandés. Cela nous permet de comprendre l'investissement des autres membres de l'équipe par les individus.

En réalité, cette liste a fait beaucoup de bruit dans l'équipe, comme s'il n'était pas éthique de choisir ses préférences, comme si avoir des préférences au travail était un jugement. En réalité, avoir des préférences dans le travail comme dans la vie permet d'être en groupe, de créer le groupe.

Il est normal et naturel d'avoir des préférences dans un environnement de travail. Les préférences peuvent découler de facteurs tels que des affinités personnelles, des compétences complémentaires, des styles de travail similaires ou des expériences antérieures positives. Ces préférences peuvent favoriser un climat de collaboration et faciliter la formation de groupes de travail efficaces. Cependant, il est essentiel d'équilibrer cela en étant ouvert à de nouvelles collaborations et en valorisant différentes perspectives et compétences au sein de l'organisation.

D'autre part, il est important d'essayer d'éviter les préférences conduisant à un comportement discriminatoire ou d'exclusion envers d'autres collègues. Une gestion consciente des préférences peut aider à promouvoir un environnement de travail inclusif et respectueux, dans lequel tous les membres de l'équipe se sentent valorisés et impliqués.

La plupart des membres de l'équipe qui ont rempli la liste ont indiqué qu'ils aiment aussi travailler avec le reste de l'équipe qu'ils n'ont pas nommé dans leurs préférences. En fait, malgré la préférence, n'importe quel membre du groupe aurait pu nommer tous les autres membres du groupe.

Différents membres du groupe ont expressément ou non expressément refusé de remplir le questionnaire. Nous comprenons leur scepticisme vis-à-vis de l'étude, car nous allons aborder des points sensibles. Malheureusement, notre graphique ne sera pas totalement précis et la photographie de l'équipe perdra en netteté.

Sur les 29 membres du groupe que j'ai inclus dans l'étude, 7 ont refusé de me répondre, 2 directement, 3 indirectement et 2 car en arrêt longue maladie.

Avec les réponses des différents membres du groupe, j'ai construit une matrice pour le sociogramme. Voir tableau 1 en annexe 4.

La matrice permet d'étudier le nombre de choix effectués et reçus, l'intensité des choix reçus des autres et leur rapport et somme, ainsi que les choix mutuels entre les différents membres de l'équipe.

Nous avons divisé le tableau en différentes catégories, en partant des médecins et des internes affectés actuellement en service (5 au total), « les paramédicaux » où nous avons inclus la psychologue, la cadre, l'assistante sociale et les secrétaires (5 au total), les infirmiers du service post urgence journée (4 au total), les infirmiers urgences journée (4 au total), les infirmiers post urgence de nuit (5 au total si on compte aussi l'arrêt travail), les infirmiers des urgences de nuit (2 au total) et les aides-soignantes (4 au total).

Nous avons donné une valeur numérique aux choix de la liste.

Nous avons attribué aux premiers choix une note de 6, au second 5, puis 3, 2 et 1 à partir du cinquième choix. Le but était de valoriser les premiers choix et lisser les choix suivants où la préférence commence à être complexe et mince à identifier. Cependant, cela a permis de maintenir la pertinence de l'étude des choix mutuels, comme nous le verrons. La matrice permet de bien étudier les relations numériques des choix effectués et surtout des choix mutuels, qui permettent de comprendre les liens entre les individus de l'équipe.

La matrice permet d'identifier les couples forts, c'est-à-dire ceux qui se sont choisis comme premier choix et de pouvoir faire remonter la force des liens entre les différents membres de l'équipe.

A partir de la matrice nous avons donc extrapolé deux autres tableaux récapitulatifs (voir tableaux 2 et 3 en annexe 5 et 6), le premier par ordre des plus grands choix mutuels jusqu'au plus petit nombre et le second par ordre du plus grand nombre de choix reçus.

Ces deux tableaux récapitulatifs serviront de base à la création de deux sociogrammes que nous analyserons ultérieurement.

## 1. Sociogramme 1

Nous avons divisé le premier sociogramme graphique en 15 niveaux (annexe 7) car le nombre maximum de choix multiples était de 15. Le membre de l'équipe ayant le plus de choix multiples a donc été placé au centre et les autres positionnés concentriquement selon leur niveau. Nous avons divisé le graphique en différentes zones selon la catégorie à laquelle appartiennent les différents membres, tout comme nous l'avons fait avec le tableau 1. Il y aura donc une zone médecins, une zone infirmières du service post-urgences jour, une zone aides-soignantes, une zone infirmières urgence journée, une zone paramédicale, une zone infirmière post urgence et urgence nuit.

En rouge, nous voyons immédiatement trois paires que nous définirons comme des "paires pivots", c'est-à-dire les paires qui se sont choisies en premier et donc leur lien a une force de 100%.

Nous avons calculé la force des liens comme une somme du score de choix, comme suit :

6+6 (somme des choix multiples) = 12 = 100% (c'est le lien le plus fort) 11 = 90 %  
10 = 80 % ; 9 = 70 % ; 8 = 60 % ; 7 = 50 % ; 6 = 40 % ; 5 = 30 % ; 4 = 20 % ; 3 = 10 % ; 2 = nous avons exclu tous les liens 1+1 qui nous paraissent non significatifs en terme d'importance.

Nous avons dirigé la flèche de réciprocité de telle sorte que la partie noire de la flèche aille vers le membre réciproque choisi en premier, comme si l'information ou le soutien allait lui parvenir plutôt que vers l'autre membre réciproque qui a reçu un score inférieur, ce qui se verra attribuer à la place la partie de la flèche blanche.

Cela permet alors de comprendre la force du lien via les pourcentages et la tendance du lien via le sens des flèches noires ou blanches.

Si nous analysons le sociogramme, nous pouvons facilement trouver diverses observations.

Parmi les trois binômes pivots nous avons un binôme de médecins (M1-M2), un binôme d'infirmière-aide-soignant (J2-A2) et un binôme de paramédicaux (P4-P5).

Du point de vue de la dynamique d'équipe, cela nous paraît très important puisque le binôme de médecins est lié à un troisième médecin (M5) par un lien à 90% avec l'un des deux médecins. Le médecin au centre du graphique (M3) est attaché à M5 et donc presque tous les médecins forment ensemble une chaîne autour du binôme

pivot, sauf M4 qui semble un peu marginalisé. Ce résultat n'est pas inquiétant et dans la réalité du travail d'équipe, M4 y participe et il est bien entouré.

Le médecin au centre du graphique est en fait le véritable leader du groupe. Par contre, il semble occuper une position ambivalente, à la fois au centre du monde relationnel de l'équipe et à la fois légèrement isolé. Il nous semble que c'est un médecin avec qui les échanges et le partage de la leadership elle-même et donc des prises en charge sont possibles. En réalité, comme nous le verrons dans le sociogramme 2 il n'est pas vraiment isolé et sa position n'est plus ambivalente car accompagnée d'autres leaders « faisant autorités ».

Nous remarquons que le deuxième couple pivot formé par un couple de paramédicaux prends un rôle de nœud d'afflux et de diffusion de l'information parmi les différents groupes de l'équipe.

A l'œil nous pouvons reconnaître un groupe animé avec une grande cohésion entre les paramédicaux, les infirmières du service journée et un peu moins solide aussi avec les aides-soignantes qui restent néanmoins activement impliqués dans la vie relationnelle de l'équipe.

Un autre élément important, comme nous le voyons immédiatement sur le graphique, est le manque de connexions de l'équipe en urgence journée mais surtout de l'équipe du service de post urgence de nuit et des urgences de nuit qui forment donc trois groupes avec un faible niveau de cohésion.

Notamment dans l'équipe de nuit nous notons 2 membres qui n'ont pas pu participer car ils étaient en arrêt maladie et, 2 qui n'ont pas voulu participer.

A cause de l'absence de ces deux membres en arrêt maladie depuis longtemps le service est souvent en recherche d'intérimaire et l'équipe est dans un continuum de manque. Par contre, note positive, nous remarquons 3 membres de l'équipe ou mieux 4, comme nous verrons dans le 2ème sociogramme, qui sont liés les uns aux autres par des liens très forts en formant une chaîne (sociogramme 1) en forme de triangle (sociogramme 2).

La pauvreté des liens au niveau de l'équipe de nuit et le reste de l'équipe est dû au fait que la vie nocturne ne permet pas forcément un lien avec la vie diurne et que l'équipe de nuit a plutôt tendance à renforcer les liens entre eux plutôt qu'avec l'équipe de jour.

En ce qui concerne l'équipe des urgences journée, leur rôle est en effet d'être présents le plus possible dans le bureau des urgences psychiatriques au rez-de-chaussée avec les urgentistes, et donc leurs échanges et leur présence dans le service lui-même sont limités. Cela justifie la présentation mal connectée avec le reste de l'équipe et ne nous semble pas être un signe de dysfonctionnement. Une infirmière fait l'exception comme si elle était la personne-ressource en cas d'urgence pour le reste de l'équipe. Nous pouvons aussi remarquer une absence de liens réciproques entre les différents éléments du groupe, comme s'il s'agissait d'îlots éparpillés. En principe cet élément peut être vu dans un sens logique à travers trois postulats :

a. Ce sont des membres du groupe qui travaillent peu ensemble sauf pour communiquer le travail à faire

b. Sont des membres du groupe qui ont moins de temps et moins d'occasions d'établir des relations, à la fois en termes de timing et de logistique.

c. Sont des membres du groupe qui recherchent probablement, lorsqu'ils ont le temps d'interagir, un échange de soulagement du stress que les urgences peuvent apporter avec des infirmières qui ne travaillent pas aux urgences.

## **2. Le sociogrammes 2**

Le deuxième graphique (annexe 8) que nous avons préparé semble plus complexe mais en réalité, une fois les principes de création compris et comparés au premier, il semble plutôt être complémentaire pour la clarification des relations entre l'équipe.

Pour créer ce graphique, nous avons utilisé le tableau numéro 3 qui est organisé par ordre décroissant par rapport à la somme du nombre de choix reçus, l'intensité des choix eux-mêmes et le rapport entre ces deux valeurs.

Nous avons toujours organisé le graphique en le divisant en niveaux, sept dans ce cas selon la valeur, le centre prend la valeur de 70.

Comme nous pouvons le voir dans le tableau 3, nous avons 4 personnes qui varient entre une valeur d'intensité de 49 à 41 avec une somme d'environ 67 à 58. Ce sont ceux que nous pourrions définir comme les 4 leaders de l'équipe et qui travaillent probablement le plus temps ensemble ou de manière synchronisée et harmonique.

Nous pouvons définir M3 comme le « leader populaire », J3, J4 et P4 comme des « leaders faisant autorité ».

Dans ce graphique, les connexions sont plus importantes. Nous avons décidé de donner de l'importance qu'aux cinq premiers choix de chacun, sinon le graphique aurait été incompréhensible.

En réalité nous pouvons un peu confirmer la même dynamique vue dans le premier graphique.

L'équipe d'urgence reste similaire aux îles qui n'ont pas beaucoup de relation entre elles et le référent du premier sociogramme reste le référent également dans ce sociogramme.

Nous aimerions parler des marginalisés en ce paragraphe que nous distinguons dans les deux graphiques. En fait, dans la réalité groupale ces membres de l'équipe qui semble marginalisés ne le sont pas forcément. Il y a différentes causes qui peuvent l'expliquer, comme par exemple le fait qu'ils travaillent souvent isolés ou qu'ils interagissent avec des membres extérieurs au groupe.

## **X. Discussion**

Il est important de s'attarder sur les différentes implications et limites éthiques de notre analyse, puis la comparer avec d'autres méthodes d'analyse de groupe qui existent.

Au cours de cette étude nous avons essayé de faire coexister deux forces principales qui caractérisent un équilibre entre toutes les théories de groupe présentées, et qui sont : une méthodologie qualitative (les entretiens) dans une approche « pseudo-analytique » et une quantitative (le sociogramme). Ces deux méthodes isolées, peuvent apparaître incomplètes d'une part, difficiles à interpréter d'autre part, mais utilisées ensemble, elles peuvent être suffisamment synergiques pour obtenir des données objectives. Nous pourrions définir ces deux méthodologies combinées comme nos « deux témoins » qui permettent l'objectivation des données subjectives.

Le sociogramme seul n'est certainement pas la méthode la plus objective pour décrire la dynamique de groupe et il est souvent sujet à des interprétations et des inexactitudes, n'étant pas exempt de critiques et de limites. Il est souvent basé sur des données subjectives recueillies par le biais d'enquêtes ou de questionnaires, dans lesquels les participants sont invités à exprimer leurs préférences concernant les relations avec les autres membres du groupe. Ces données peuvent être influencées

par des facteurs personnels, émotionnels et culturels, conduisant à une interprétation subjective de la dynamique de groupe.

De plus, il ne fournit qu'une photographie d'un moment particulier et ne s'inscrit pas dans une dynamique plus large contextualisée dans le temps et dans l'histoire du service examiné. Cette photographie peut donc facilement varier car les relations humaines varient. Nous pouvons affirmer que le sociogramme est une représentation ponctuelle de la dynamique d'équipe et que lors de son analyse il doit s'inscrire dans la chronologie de l'équipe.

Les conflits d'intérêts et la nécessité de cacher des faits ou des tabous de l'unité peuvent être cachés dans le choix des préférences afin de ne pas permettre une lecture véridique du matériel recueilli.

Si nous étudions la dualité du sociogramme, nous pouvons distinguer ses avantages et ses limites.

### **A. Avantages du sociogramme**

- a. Affichage des relations ;
- b. Identification des rôles et postes ;
- c. Évaluation de l'intégration sociale ;
- d. Outil de diagnostic et d'intervention.

### **B. Limites du sociogramme**

- a. **La subjectivité des perceptions** : Cela peut conduire à une représentation déformée des relations sociales.
- b. **Absence de contexte** : le sociogramme n'offre qu'une vision limitée des interactions sociales et peut ne pas prendre en compte le contexte plus large dans lequel ces relations se produisent.
- c. **Évolution de la dynamique** : comme mentionné, les relations sociales sont dynamiques et peuvent changer avec le temps. Le sociogramme ne peut pas refléter ces changements sans mises à jour fréquentes.
- d. **Limites de la représentation qualitative** : le sociogramme repose principalement sur les connexions visuelles entre les membres du groupe et peut ne pas saisir la complexité des interactions sociales.

e. **Exclusion d'informations personnelles** : le sociogramme ne tient pas compte des informations personnelles ou contextuelles sur les membres du groupe, qui pourraient être pertinentes pour une compréhension complète des relations sociales. Par exemple, il ne peut pas prendre en compte l'effet d'un congé maternité sur une dynamique temporelle.

Dans la particularité de cette étude nous avons dû composer avec ses limites :

- Tous les membres de l'équipe n'ont pas participé à l'étude.
- Les résultats obtenus ont dû subir différentes modifications dans l'exposition après diverses réflexions, en essayant de minimiser le risque d'un impact trop important sur la vie du service lui-même ou d'une mauvaise utilisation du matériel lui-même.
- Des influences personnelles subjectives peuvent avoir influencé les résultats.

Par ailleurs, le sociogramme peut être biaisé par divers éléments, notamment :

- a. **Biais cognitif** : les participants peuvent être influencés par des biais cognitifs, tels que l'effet de similarité, qui les amène à sélectionner des personnes qui leur ressemblent ou qui partagent les mêmes opinions. Cela peut conduire à une représentation déformée du réseau social du groupe.
- b. **Incohérence dans les réponses** : certains participants peuvent répondre de manière incohérente ou ambivalente aux questions, ce qui rend difficile l'analyse des données et la création d'un sociogramme précis.
- c. **Dynamique de groupe complexe** : les relations sociales peuvent être affectées par des dynamiques complexes et nuancées, difficiles à saisir à l'aide d'une simple liste de préférences. Cela rend difficile la traduction complète de la complexité des interactions sociales dans un graphique.
- d. **Changements au fil du temps** : le sociogramme peut ne pas refléter avec précision les changements dans le groupe.
- e. **Limites d'échelle** : avec de très grands groupes, il peut devenir problématique d'inclure toutes les interactions et préférences des membres, ce qui rend le sociogramme incomplet et limité dans sa représentation.

Malgré ces critiques, le sociogramme peut toujours fournir un aperçu utile des relations sociales au sein d'un groupe. Cependant, pour obtenir une compréhension

plus complète et précise de la dynamique de groupe, il est nécessaire de combiner l'analyse sociométrique avec d'autres méthodologies qualitatives et quantitatives, comme nous le proposons.

### **C. L'éthique du sociogramme**

L'éthique du sociogramme concerne l'application responsable et éthiquement correcte de cet outil dans le domaine de la recherche et de la pratique psychologique et sociologique. Cela implique une attention à la protection des droits et du bien-être des participants impliqués dans la création du sociogramme et la prise en compte des principes éthiques fondamentaux.

1. **Consentement éclairé** : Avant d'impliquer les participants dans la création d'un sociogramme, il est essentiel d'obtenir leur consentement éclairé. Les participants doivent être correctement informés des détails de l'étude, de l'objectif du sociogramme et de la manière dont ils seront impliqués.
2. **Anonymat et confidentialité** : les personnes impliquées dans le sociogramme doivent être traitées avec respect et les informations collectées doivent être traitées de manière anonyme et confidentielle. Cela signifie que les informations personnelles des participants ne doivent pas être divulguées.
3. **Charité et non-malfaisance** : Les chercheurs ou praticiens utilisant le sociogramme doivent s'engager à favoriser le bien-être des participants et à éviter de leur causer du tort ou des désagréments. Il est essentiel d'équilibrer le bénéfice de l'utilisation du sociogramme avec le respect des droits et des besoins des participants.
4. **Équité et diversité** : Lors de la création et de l'interprétation des sociogrammes, il est important d'assurer l'équité et la diversité. Cela signifie éviter la discrimination et les stéréotypes et tenir compte des différentes perspectives et expériences des participants.
5. **Transparence dans la présentation des données** : lors de la présentation des résultats du sociogramme, il est important d'être transparent sur les méthodes utilisées, les interprétations des données et les limites de l'étude. Cela aide à maintenir l'intégrité de la recherche et facilite la reproductibilité des résultats.
6. **Conformité aux codes d'éthique professionnels** : les chercheurs et les praticiens utilisant le sociogramme doivent adhérer aux codes d'éthique

professionnels établis par les associations scientifiques et professionnelles compétentes. Ces codes fournissent des lignes directrices claires pour une conduite éthique dans la recherche et la pratique.

7. **Évaluation de la balance bénéfices-risques** : Avant d'utiliser le sociogramme, il est nécessaire d'évaluer soigneusement la balance entre les bénéfices potentiels de l'utilisation de l'outil et les risques éventuels pour les participants. L'objectif est de s'assurer que les avantages l'emportent sur les risques encourus.
8. L'éthique du sociogramme souligne **l'importance d'une approche responsable et respectueuse** dans la conduite de recherches et de pratiques impliquant les relations sociales des personnes. Cela contribue à protéger les droits des participants et à maintenir les normes éthiques nécessaires à la validité et à la fiabilité des résultats obtenus.

Il existe d'autres méthodologies qualitatives et quantitatives qui peuvent être utilisées dans l'étude de la dynamique de groupe. En voici quelques-uns :

#### **D. Méthodologies qualitatives**

- a. **Entretiens** : Les entretiens qualitatifs permettent aux chercheurs d'obtenir des informations détaillées et approfondies des membres de l'équipe. Cette méthode vous permet d'explorer les opinions, les expériences et les perspectives individuelles sur la dynamique de groupe, la collaboration et les problèmes de communication.
- b. **Groupes de discussion** : Les groupes de discussion impliquent un petit groupe de participants qui discutent ouvertement de sujets spécifiques. Cette méthodologie encourage le partage d'idées et d'opinions, permettant aux chercheurs de saisir les dynamiques sociales émergentes et les interactions entre les membres du groupe.
- c. **Observation des participants** : Les observateurs participants s'intègrent activement au groupe, participent aux activités et interagissent avec les membres. Cette méthode vous permet d'obtenir une immersion complète dans l'environnement du groupe et d'observer la dynamique sociale de première main.
- d. **Analyse de contenu** : Cette méthodologie implique l'analyse de textes, de transcriptions d'entretiens ou d'enregistrements de groupes de discussion. Il vous

permet d'identifier les thèmes récurrents, les modèles de communication et les relations entre les membres du groupe.

## **E. Méthodologies quantitatives**

a. **Analyse des réseaux sociaux** : L'analyse des réseaux sociaux utilise des modèles mathématiques et des statistiques pour examiner les liens entre les membres du groupe. Grâce à des diagrammes de réseau, le degré de cohésion du groupe et les relations clés peuvent être identifiés.

b. **Questionnaires structurés** : Les questionnaires structurés sont utilisés pour collecter des données quantitatives de manière standardisée auprès d'un grand nombre de participants.

c. **Enquêtes longitudinales** : Ce type d'enquête implique le suivi de la dynamique de groupe au fil du temps. Grâce à des mesures répétées, il est possible d'identifier des changements de comportement et de relations sociales au sein du groupe.

d. **Analyse statistique multivariée** : Cette méthodologie utilise des techniques statistiques avancées pour examiner les relations entre différentes variables au sein du groupe. Par exemple, l'analyse en composantes principales peut aider à identifier des modèles complexes dans les interactions sociales.

e. **Expériences sociales** : Les expériences sociales sont des études contrôlées qui manipulent des variables spécifiques pour observer comment elles affectent le comportement et les relations au sein du groupe.

L'intégration de méthodologies qualitatives et quantitatives peut fournir une vision plus complète et plus approfondie de la dynamique de groupe, permettant aux chercheurs d'analyser à la fois les aspects subjectifs et les schémas objectifs des interactions sociales. L'approche méthodologique dépend des objectifs de la recherche et de la complexité de la dynamique de groupe que l'on souhaite examiner.

# CONCLUSION

---

Pendant cette étude approfondie sur les théories de la dynamique de groupe et leur application dans le contexte d'une équipe d'un service d'urgences et de post urgences psychiatriques, nous avons pu plonger au cœur des mécanismes complexes qui sous-tendent le fonctionnement de ces groupes humains.

Ce qui nous a d'abord intéressés, c'est de pouvoir décrypter certaines caractéristiques au sein des groupes, de pouvoir comprendre les enjeux et les conflits typiques au sein des institutions psychiatriques en général et au niveau des urgences en particulier, de privilégier un travail de groupe, une meilleure gestion de crise et une approche inter et intra-équipe propice à une prise en charge efficace et complète du patient.

Nous avons utilisé l'analyse de théories psychanalytiques reconnues pour comprendre comment l'individualité et le groupe sont interconnectés mais aussi particulièrement différents à certains égards. Ces deux entités sont en fait étroitement liées et s'influencent mutuellement mais elles sont aussi bien différentes. Le groupe se caractérise comme une entité collective avec des dynamiques spécifiques car il n'est pas la somme des individualités.

Le volet central de notre exploration s'est concentré sur les outils d'analyse spécifiques pour étudier la dynamique des équipes en institution psychiatrique. Nous avons mis en évidence l'importance des interactions internes et des processus inconscients qui peuvent influencer le fonctionnement collectif.

Nous avons également réussi à différencier les comportements physiologiques des comportements pathologiques au sein des groupes en Psychiatrie afin de pouvoir proposer un schéma psychopathologique de la pathologie institutionnelle par l'élaboration et l'intégration de différentes ressources.

Cela nous a permis de comprendre le besoin de prévention des crises et les principes de traitement, privilégiant une approche de supervision des équipes.

Notre exploration s'est ensuite tournée vers le fonctionnement spécifique d'une équipe d'un service d'urgences et de post-urgences psychiatriques qui peut être considéré comme un service sensible. Nous avons analysé ses particularités notamment le turn-

over, le rôle crucial du binôme médecin-infirmière, ainsi que les dynamiques de transfert et de contre-transfert qui peuvent influencer les interactions avec les patients. Les cas cliniques présentés ont souligné la complexité des situations auxquelles l'équipe est confrontée parfois qualifiées comme inadaptées ou insupportables, qui peuvent générer des conflits intra-équipe. Ces études de cas ont mis en évidence l'importance de l'efficacité de l'équipe pour faire face à des défis cliniques exigeants. En analysant ce service d'urgence et de post urgence et son contexte actuel, nous avons pu mieux saisir les défis spécifiques auxquels cette équipe est confrontée. Grâce à un sociogramme détaillé, nous avons examiné les interactions et les relations au sein de l'équipe, permettant une meilleure compréhension de sa dynamique interne.

Dans la littérature, l'existence d'études combinées dites de « triangulation » est évidente. Elles consistent à utiliser de multiples sources de données et approches méthodologiques pour l'analyse du groupe. Ce type d'approche peut conduire à une meilleure compréhension de la dynamique interne permettant de valider et d'enrichir les résultats obtenus avec les différentes méthodes. La triangulation est souvent considérée comme une approche méthodologique robuste car elle compense les limites de chaque méthode, offrant une vision plus complète et plus précise du phénomène étudié.

L'utilisation combinée d'entretiens et de sociogrammes dans notre analyse, nous a fourni une image plus riche des préférences et des relations au sein du groupe, nous permettant d'identifier les aspects qualitatifs et quantitatifs de la dynamique sociale. Nous avons cependant été confrontés à certaines limites durant notre étude.

En somme, cette thèse a approfondi notre compréhension des mécanismes de la dynamique de groupe dans le contexte spécifique des équipes d'urgences psychiatriques. Les connaissances acquises tout au long de cette étude peuvent être d'une grande valeur pour améliorer les pratiques et les interventions au sein de ces environnements complexes. Toutefois, il reste encore beaucoup à explorer et à approfondir dans ce domaine en constante évolution.

Il est essentiel de continuer à étudier ces dynamiques complexes pour mieux soutenir le travail des équipes en gardant comme objectif la meilleure prise en charge possible des patients.

# ANNEXES

---

## **Annexe 1 : Consentement**

Je soussignée .....

Accepte de répondre à un questionnaire pour participer à une étude qui sera intégrée à une thèse d'exercice concernant « la dynamique relationnelle d'une équipe psychiatrique au sein des urgences »

Les réponses de ce questionnaire seront anonymisées pour la publication de cette thèse

Fait à

Le

## Annexe 2 : Sociogramme

Nom :                      Prénom :                      Fonction :                      Date :

Ecrivez par ordre de préférence les collègues avec qui vous préférez travailler (Par collègue, nous entendons toutes les figures soignantes : médecins, internes, psychologue, assistante sociale, cadre, Ide ou aide/s-soignants/es et y compris les secrétaires du service).

Vous n'êtes pas obligé de tout remplir, mais seulement les 5 premières réponses minimum sont requises.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

Merci de votre collaboration.

## Annexe 3 : Questionnaire d'analyse

### Guide d'entretien

- L'entretien est enregistré afin de permettre une re-analyse ultérieurement.
- L'interlocuteur devra se présenter.
- Tout ce qui sera dit lors de cet entretien restera confidentiel.

1. Quand vous êtes arrivés travailler dans le service, qu'elle était l'idée que vous aviez du service même ? Avez-vous trouvé votre représentation différente de la réalité ? Si oui, en quoi ?
2. Est-ce que vous connaissait l'histoire de votre service ? Pourriez-vous me parler de son origine ?
3. Quelle est votre tâche primaire au travail ? Est-ce qu'il y a d'autres tâches secondaires ? Faites-vous des tâches qui ne vous appartiennent pas forcément ?
4. Est-ce que votre tâche primaire vous suffit pour vous sentir soignant ? Sinon, au quotidien, qu'est-ce qui vous fait ressentir cette fonction ?
5. A votre avis, quels sont les objectifs du service ?
6. Qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre quotidien au travail ?
7. Avec qui échangez-vous le plus ?
8. Est-ce qu'il y a un lieu où les échanges sur des faits personnels sont présents dans le service ? Quand ont-ils majoritairement lieu et est-ce que vous y participez ?

## Annexe 4 : Tableau 1 - Matrice du sociogramme

NOM	M1	M2	M3	M4	M5	P1	P2	P3	P4	P5	J1	J2	J3	J4	U1	U2	U3	U4	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	A1	A2	A3	A4	N. Choix recues	Intensité	Int/choix	Somme	Mutuel	
M1		6		4	1					5				1	1								1							7	19	2,71	28,71	3	
M2	6		1	6	1	2	2							2	1								1				1			10	23	2,3	35,3	5	
M3				5	3	4	3	4	2	3	1	5	4	5	4											1	1	4	15	49	3,26	67,26	15		
M4		1									1	1	1	6								4	3	1					8	18	2,25	28,25	0		
M5	5	4												1									1			1			5	12	2,4	19,4	3		
P1	2	5		1	1							2					2												6	13	2,16	21,16	0		
P2	3	6		1			5	5	3	3	3	2																	8	28	3,5	39,5	6		
P3	1											1	1	1												1	1		6	6	1	13	0		
P4	4	3		2	1		6	1	1	1					2	6					1					5	2	1	5	15	41	2,73	58,73	5	
P5	1	1			2	6		1	2	1	3	1													4	3	1		12	26	2,16	40,16	8		
J1	3	2																				3			3	4	2	6	7	23	3,28	33,28	5		
J2		1			5		1	1			1	1									2					6	3		9	21	2,33	32,33	7		
J3		1	1	6		1	6	1		6	1	5									1					6	5	4	3	14	47	3,35	64,35	5	
J4	1	1	3	4				4	4		4	6	4	5							1	1		1	1	6			15	46	3,06	64,06	7		
U1		1	1							1											1		4	1	1	2			8	12	1,5	21,5	4		
U2	4	1								5		1									2				1	1			7	15	2,14	24,14	2		
U3	2	1									1	4	1								3		1	1	5				9	19	2,11	30,11	5		
U4	5	1								1											1					1			5	9	1,8	15,8	2		
N1																													0	0	0	0	0		
N2																													0	0	0	0	0		
N3												1	1	1								5	6						5	14	2,8	21,8	4		
N4											3	1	1	6	1							5	2						7	19	2,71	28,71	4		
N5											1											6	6	5					4	18	4,5	26,5	0		
N6															1							4							2	5	2,5	9,5	1		
N7																													0	0	0	0	0		
A1			1			1	3	1	1													1	1						7	9	1,28	17,28	4		
A2			1			1	4	2	6	6	1											1	1	1	2				11	26	2,36	39,36	4		
A3			1			1					1	5	5	3	1	3	3					1	1	1					12	26	2,16	40,16	8		
A4			1			1																		1	1				4	4	1	9	1		
N. choix effectués	6	7	19	0	9	0	13	0	5	8	10	12	6	13	13	9	11	5				9	11	0	14	0	12	7	14	5					

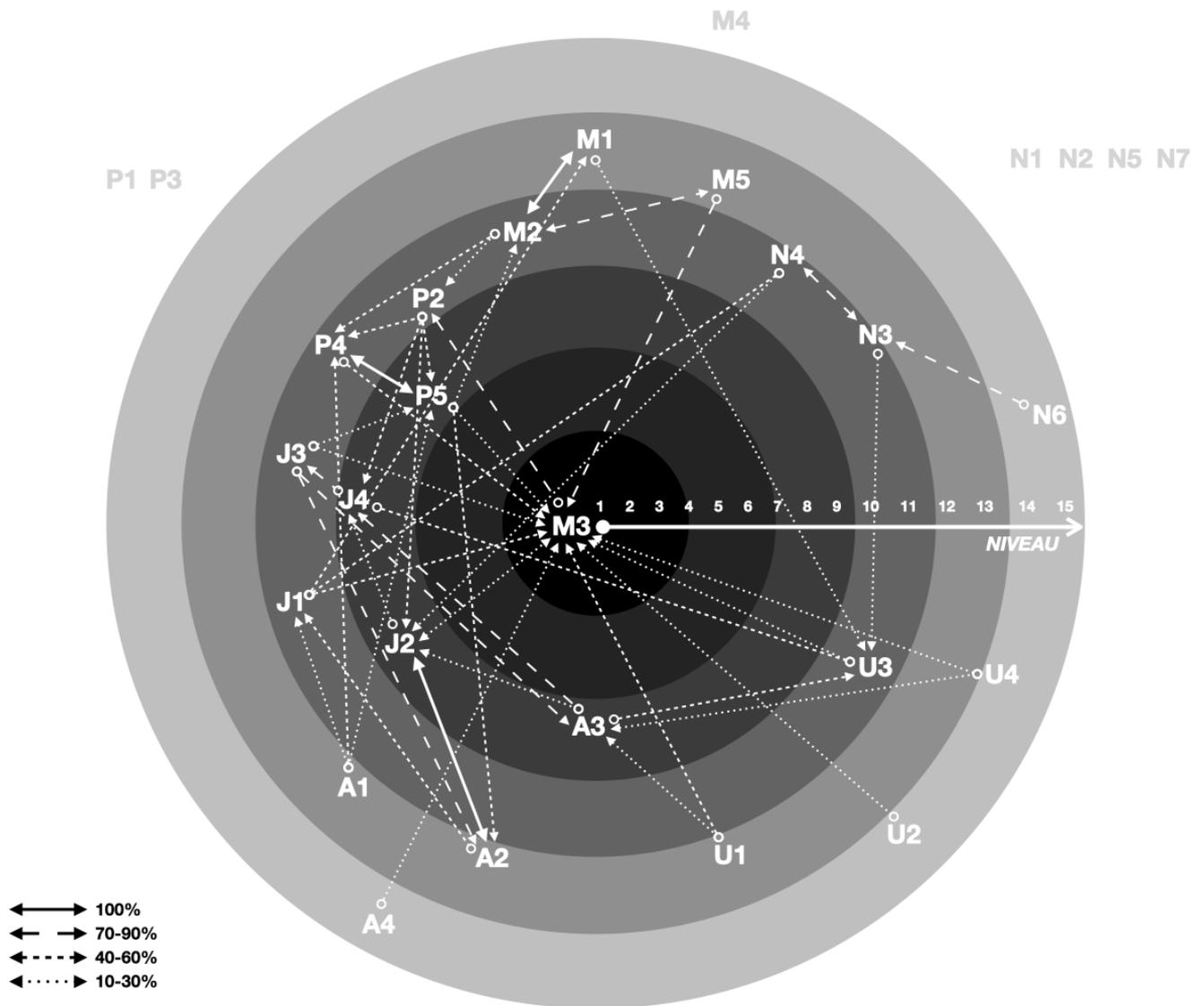
## Annexe 5 : Tableau 2 pour construire le sociogramme 1 sur les choix mutuels

NOM	N. Choix effectués	N. Choix reçues	Intensité	Int/choix	Somme	N. Choix mutuelles
M3	19	15	49	3,26	67,26	15
P5	8	12	26	2,16	40,16	8
A3	14	12	26	2,16	40,16	8
J2	12	9	21	2,33	32,33	7
J4	13	14	45	3,21	62,21	7
P2	13	8	28	3,5	39,5	6
J3	6	14	47	3,35	64,35	5
P4	5	15	41	2,73	58,73	5
M2	7	10	23	2,3	35,3	5
J1	10	7	23	3,28	33,38	5
U3	11	9	19	2,17	30,11	5
A2	7	11	26	2,36	39,36	4
N4	11	7	19	2,71	28,71	4
N3	9	5	14	2,8	21,8	4
U1	13	8	12	1,5	21,5	4
A1	12	7	9	1,28	17,28	4
M1	6	7	19	2,71	28,71	3
M5	9	5	12	2,4	19,4	3
U2	9	7	15	2,14	24,14	2
U4	5	5	9	1,8	15,8	2
N6	14	2	5	2,5	9,5	1
A4	5	4	4	1	9	1
M4	0	8	18	2,25	28,25	0
N5	0	4	18	4,5	26,5	0
P1	0	6	13	2,16	21,16	0
P3	0	6	6	1	13	0
N7	0	0	0	0	0	0
N2	/	/	/	/	/	0
N1	/	/	/	/	/	0

## Annexe 6 : Tableau 3 pour construire le sociogramme 2 sur la somme des rapports

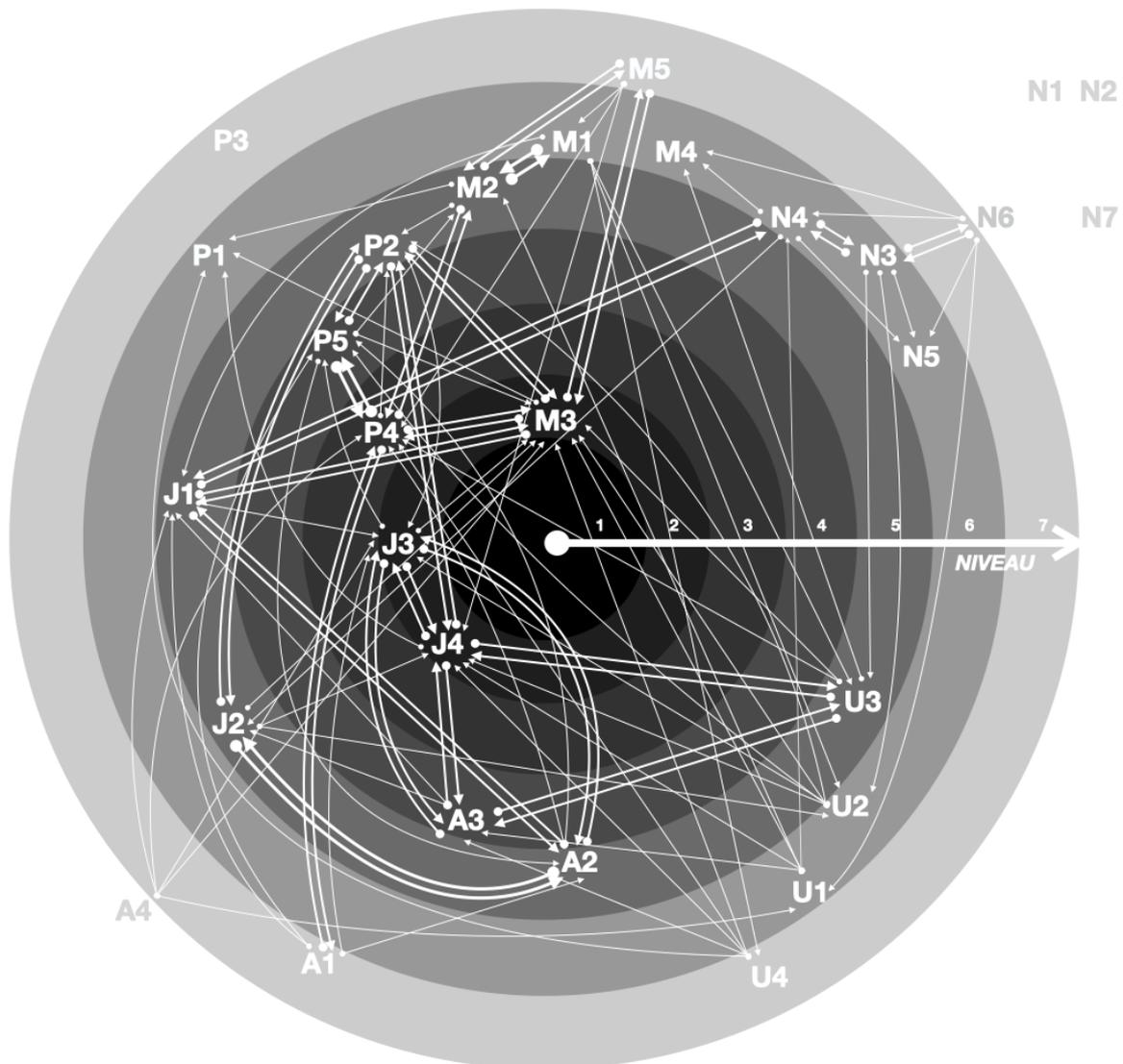
NOM	N. Choix effectués	N. Choix reçues	Intensité	Int/choix	Somme	N. Choix mutuelles
M3	19	15	49	3,26	67,26	15
J3	6	14	47	3,35	64,35	5
J4	13	15	46	3,06	64,06	7
P4	5	15	41	2,73	58,73	5
P5	8	12	26	2,16	40,16	8
A3	14	12	26	2,16	40,16	8
P2	13	8	28	3,5	39,5	6
A2	7	11	26	2,36	39,36	4
M2	7	10	23	2,3	35,3	5
J1	10	7	23	3,28	33,28	5
J2	12	9	21	2,33	32,33	7
U3	11	9	19	2,11	30,11	5
N4	11	7	19	2,71	28,71	4
M1	0	7	19	2,71	28,71	3
M4	0	8	18	2,25	28,25	0
N5	0	4	18	4,5	26,5	0
U2	9	7	15	2,14	24,14	2
N3	9	5	14	2,8	21,8	4
U1	13	8	12	1,5	21,5	4
P1	0	6	13	2,16	21,16	0
M5	9	5	12	2,4	19,4	3
A1	12	7	9	1,28	17,28	4
U4	5	5	9	1,8	15,8	2
P3	0	6	6	1	13	0
N6	14	2	5	2,5	9,5	1
A4	5	4	4	1	9	1
N7	0	0	0	0	0	0
N2	/	/	/	/	/	0
N1	/	/	/	/	/	0

# Annexe 7 : Sociogramme 1



**M** = équipe médicale  
**P** = équipe paramédicale  
**J** = équipe infirmiers service post-urgence journée  
**U** = équipe infirmiers service des urgences journée  
**N** = Infirmiers service des urgences et post urgences nuit  
**A** = équipe aides-soignantes

## Annexe 8 : Sociogramme 2



- M** = équipe médicale
- P** = équipe paramédicale
- J** = équipe infirmiers service post-urgence journée
- U** = équipe infirmiers service des urgences journée
- N** = Infirmiers service des urgences et post urgences nuit
- A** = équipe aide-soignantes



# BIBLIOGRAPHIE

---

Ainsworth, Mary D. Salter. « *Patterns of Attachment : A psychological Study of the Strange Situation* ». Hillsdale, N.J. : New York, Lawrence Erlbaum Associates, 1978.

Allport, Gordon W. « *Personality and Social Encounter* ». Published by Beacon Press, Boston, 1960.

Anzieu, Didier. « *Les débuts du psychodrame en France (1946-1972)* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, vol. 56, no. 1, 2011, pp. 9-24.

Anzieu, Didier (1985). « *le Moi-peau et la psychanalyse des limites* ». Érès, 2008

Anzieu, Didier (1987). « *Les enveloppes psychiques* ». Dunod. 2021.

Aulagnier, Piera (1975). « *La violence de l'interprétation* ». Collection fil rouge. Ed. Puf. 2003.

Baker David, Sigrid Gustafson, Jeff Beaubien, Eduardo Salas, Paul Barach, and James Battles. « *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence Based Relation* ». 2006.

Bass, B. M. « *Leadership and Performance beyond Expectations* ». Free Press; Collier Macmillan, 1985.

Bériot, Dominique. « *Guide systémique du manager d'équipe: 40 situations managériales du quotidien* ». EYROLLES, 2018.

Berne, Eric, (1963). « *Structure et dynamique des organisations et des groupes* ». Les Editions d'Analyse Transactionnelle, 2005, p.215, 216, 224, 225, 237, 321

Bertalanffy, Ludwig von. « *Théorie générale des systèmes* ». Dunod, 2002.

Bion, Wilfred R (1955). « *Seminari Tavistock* ». Traduit par I. Negri, Borla, 2007.

Bion, Wilfred R (1961). « *Esperienze nei gruppi* ». Traduit par S. Muscetta, Armando Editore, 2016.

Blake, R, Mouton J. « *La troisième dimension du management* ». Les Éditions d'organisation, 1987.

Bleger, J. (1966). « Psychanalyse du cadre psychanalytique ». in Kaës R. Et coll. (Eds), *Crise, Rupture et Dépassement*. Paris, Dunod, 1979, p.255-274.

Bolognini, Stefano. « *Interpsychique, intersubjectif, interpersonnel : états et passages* ». *Revue française de psychosomatique*, traduit par Yvonne Hochmann, vol. 45, n° 1, 2014, p. 143-61, <https://doi.org/10.3917/rfps.045.0143>.

Bowlby, John (1969). « *L'attachement* ». 5e éd., 6ème tirage, Presses Univ. de France, 2015.

Bowlby, John (1988). « *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento* ». 18. rist, Cortina, 2010.

Brown, Roger. « *Social psychology, the second edition* ». Free Press ; Collier Macmillan, 1986.

Chaltiel, Patrick. « *Le prétexte de l'urgence* ». *L'information psychiatrique*, vol. 82, no. 7, 2006, pp. 589-593.

Correale, A. (1996). « *L'hypertrophie de la mémoire* ». In : *souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. R. Kaës et al. , Dunod, Paris, 2005.

Correale, Antonio. « *XVI giornate psichiatriche ascolane – traiettorie border : dal narcisismo maligno alla paranoia – traduction de l'italien : XVI journées psychiatriques à Ascoli - Trajectoires border: du narcissisme malin à la paranoïa* » - 2018

Delion, Pierre. « *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne* ». Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, 2010, p. 138-139.

Delion, Pierre. « *Fonction phorique, holding et institution* ». Érès, 2018.

Dhôte Jacob, Moro Marie Rose, Lachal jonathan. « *La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie d'adulte : état des lieux* ». Article disponible au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/am/pii/S0241697217301019>

Diet, E. : « *La thanatophore* ». In : *souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. R. Kaës et al. , Dunod, Paris, 2005.

Duez, Bernard. « *Psychopathologie de l'originare et traitement de la figurabilité* » In : *souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. R. Kaës et al. , Dunod, Paris, 2005.

Éliade, M. (1957). « *Le Sacré et le Profane* ». Paris, Gallimard, 1965.

Éliade, M. « *Aspects du mythe* ». Paris, Gallimard. 1963.

- Enriquez, M. « *Aux carrefours de la haine* ». Paris, Épi, 1984.
- Follett, Mary Parker (1924). « *Creative Experience* », New York, Longmans, Green. édition utilisée : Peter Smith, New York, 1951.
- Foulkes, S.H. « *Therapeutic Group Analysis* », London, Allen ans Unwin, 1965.
- Foulkes, Sigmund Heinrich (1969), *La groupe-analyse : psychothérapie et analyse de groupe*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2004, 478 p.
- Foulkes, Sigmund Heinrich. « *Psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e principi* ». Astrolabio Ubaldini, 1978.
- Freud, Sigmund (1905), « *Trois essais sur la théorie sexuelle* ». Paris, Gallimard, 1987.
- Freud, Sigmund (1914). « *Pour introduire le narcissisme.* » Éd. Payot & Rivages, 2012.
- Freud, Sigmund (1917). « *Deuil et mélancolie* ». Poche – Ed. Payot, Petite Bibl. payot, numéro 783. 2011.
- Freud, Sigmund (1922). « *Psychologie des masses et analyse du moi* ». PUF, 2010.
- Freud, Sigmund. « *L'interprétation des rêves* ». Nouv. éd. augm. et Entièrement rev. par Denise Berger, Presses universitaires de France, 1987.
- Fustier, Paul (1999). « *Le travail d'équipe en institution. Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique* ». Dunod, 2004
- Fustier, Paul. « *L'interstitiel et la fabrique de l'équipe* », Nouvelle revue de psychosociologie, vol. 14, no. 2, 2012, pp. 85-96.
- Gall C, Kingsnorth S, Healy H. « *Growing up ready: a shared management approach* ». Phys Occup Ther Pediatr. 2006;26(4):47-62.
- Gimenez, Guy. « *RENÉ KAËS, Réalité psychique et souffrance dans les institutions* », in *L'institution et les institutions – Études psychanalytiques*, Dunod, 1988, 1-46 », Didier Drieu éd., 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle. Dunod, 2013, pp. 127-133.
- Gurowitz, Edward M. « *Group Boundaries and Leadership Potency* ». *Transactional Analysis Bulletin*, vol. 5, n° 2, 1975, p. 183-85,
- Hersey, P. and Blanchard, K.H., « *Life cycle theory of leadership, Training and Development Journal* », 23 (5), 1969.

Jivanjee P, Kruzich JM, Gordon LJ. « *The Age of Uncertainty: Parent Perspectives on the Transitions of Young People with Mental Health Difficulties to Adulthood* ». Journal of Children and Family Studies. 2009.

Jivanjee P, Kruzich JM. « *Supports for young people with mental health conditions and their families in the transition years: Youth and family voices* ». Best Practices in Mental Health. 2011.

Kaës, René. « *Le pacte dénégatif dans les ensembles trans subjectifs* », dans Kaës et al. *Le négatif, figure et modalités*. Paris. Dunod. 1989.

Kaës, René. « *Pacte dénégatif et alliances inconscientes* ». Gruppo n.8. 1992.

Kaës, René. « *Le groupe et le sujet du groupe* ». Paris, Dunod.1993.

Kaës, René (1996), « *Souffrance et psychopathologie des liens institués* », in *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, p. 2-50, Dunod (2005), Paris.

Kaës, René. « *Le groupe dans le champ de la psychologie clinique* », dans E. Séchaud et al., *Psychologie clinique, approche psychanalytique*, Paris, Dunod. 1999.

Kaës R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R., Vidal J-P. (1989). « *L'institution et les institutions: études psychanalytiques* ». Dunod, 2003.

Kaës, René. « *L'appareil psychique groupal* ». sous la direction de Kaës René. Dunod, 2010, pp. 185-217.

Kaës, René. « *1. Organismes psychiques et socioculturels de la représentation du groupe* », *L'appareil psychique groupal*. sous la direction de Kaës René. Dunod, 2010, pp. 25-56.

Kaës, René. « *Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes* », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 34, no. 1, 2010, pp. 13-40.

Kaës, René. « *Les fonctions phoriques. Porte-parole, porte symptôme, porte-rêve* », Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe, sous la direction de Kaës René. Dunod, 2013, pp. 167-186.

Kaës, René. « *Les alliances structurantes primaires. Le contrat et le pacte narcissiques* », *Les alliances inconscientes*. sous la direction de Kaës René. Dunod, 2014, pp. 67-88.

Kaës, René. « *Les alliances inconscientes. Contribution à une métapsychologie de troisième type* », L'extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie de troisième type, sous la direction de Kaës René. Dunod, 2015, pp. 215-233.

Kernberg, Otto F., et Michael Ermann. « *Odio, rabbia, violenza e narcisismo* ». Traduit par Gabriele Noferi, Astrolabio Ubaldini, 2020.

La Revue, N°10- « *Mythes et modèles institutionnels* ». Décembre 2010. Disponible sur : <https://www.calameo.com/read/0009932336576bb277828>.

Lacoursiere, Roy. « *The Life Cycle of Groups: Group Developmental Stage Theory* ». Kluwer Academic / Plenum Publishers, 1980.

Lafon R., in Mucchielli R., « *Le travail en équipe* ». ESF Editions, Paris, 1996, p. 5.

Laroche, Hervé. « *Management, aspect humain et organisationnel* ». Chapitre 13, Culture et organisationnel, PUF, 5eme édition corrigée, Juillet 2005, pp 562-563

Lemaître N. « *La culture d'entreprise facteur de performance* », Revue française de Gestion, n 47-48, septembre-octobre 1984.

Lamm, Claus, et Tania Singer. « The Role of Anterior Insular Cortex in Social Emotions ». *Brain Structure & Function*, vol. 214, n° 5-6, juin 2010, p. 579-91,

Le Bon, Gustave (1895). « *Psychologie des foules* ». 9e éd, PUF, 2013.

Mansuy, Gérard. « *Sur la conception bionienne de la groupalité* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, vol. 54, no. 1, 2010, pp. 201-215.

Marcus H, Finlay F, Baverstock A. « *ADHD and transition to adult services--the experience of community paediatricians* ». *Child Care Health Dev.* 2008;34(5):564-6.

Mellier, Denis. « *La vie psychique des équipes : institution, contenance et soin* ». Dunod, 2018.

Metcalf, Henry C. & Urwick Lyndall (dir.). « *Dynamic Administration – The collected papers of Mary Parker Follett* ». Harpers & Bros Publishers, New York & London. 1941.

Moreno, Jacob Levy. « *Who Shall survive ? : A new approach to the problema of human interrelations* ». Nervous and Mental Disease Publishing Co. 1934.

Moreno, Jacob Levi. « *Psychodrama vol. 1* ». Beacon House, 1946.

Moreno, Jacob Levy. « *Fondements de la sociométrie* ». Presses universitaires de France. 1954.

Mousli, Marc. « *Éloge du conflit. Mary Parker Follett et le conflit constructif* ». *Négociations*, vol. 4, n° 2, 2005, p. 21-33, <https://doi.org/10.3917/neg.004.0021>.

Neri, Claudio, et al. « *Lecture bioniane* ». 2° edizione, Borla, 2012.

Pinel J. P. (1996): « *la déliaison pathologique des liens institutionnels* ». In : souffrance et psychopathologie des liens institutionnels. R. Kaës et al. , Dunod, Paris, 2005.

Pomey, Marie-Pascale, et al. « *Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé* ». *Santé Publique*, vol. S1, n° HS, 2015, p. 41-50.

Pomey, Marie-Pascale. « *8. Les nouvelles formes de mobilisation de l'expertise des patients : le modèle de Montréal est-il transposable en France ?* », Karine Lefeuvre éd., *La démocratie en santé en question(s)*. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 93-109.

Racamier, Paul-Claude. « *Di psicoanalisi in psichiatria* ». La sfinge, collana di psicoanalisi. Loescher. 1985

Rossi Romolo, et al. « *Rileggendo Freud. 24 lezioni di psicoanalisi* ». Alpes Italia, 2020.

Roussillon R. « *Espace et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice* », in Kaës R. Et coll. (Eds), *L'Institution et les Institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1987.

Saint-Michel, Sarah E. V. « *L'approche du leadership fondée sur les valeurs : leadership éthique, authentique et serviteur* ». La Découverte, 2023, p. 79-89,

Schandrin A, Boulenger JP, Batlaj-Lovichi M. « *Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions* ». *Eur Psychiatry*. 2013;28 (8 Suppl): 56-69.

Schulman, G. I. « *Asch Conformity Studies: Conformity to the Experimenter and-or to the Group* ». *Sociometry*, vol. 30, n° 1, mars 1967, p. 26-40.

Tangolo, Anna Emanuela, et Anna Massi. « *Group Therapy in Transactional Analysis: Theory through Practice* ». Routledge, 2022.

Tardy, Thierry. « *Chapitre 1. Introduction à la gestion de crise* ». Gestion de crise, maintien et consolidation de la paix. Acteurs, activités, défis, sous la direction de Tardy Thierry. De Boeck Supérieur, 2009, pp. 13-34.

Tuckman, B. W. « *Developmental sequence in small groups* ». Psychological Bulletin, 63(6), 1965, p. 384–399.

Tuckman, B. W., & Jensen, M. « *Stages of small-group development revisited* ». Group and Organisations Studies, 2, 419-427

Tournier, M., « *Le roi des aulnes* ». Gallimard, Paris, 1970.

Von Bernhardt, Rommy, et al. « *What Is Neural Plasticity?* » *Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol. 1015, 2017, p. 1-15.

Wasser, J., G., et al. Prise en charge des patients « *double diagnostic : comment sortir du carrousel institutionnel ?* », Rev Med Suisse, Vol. -9, no. 026, 2005, pp. 1750-1754.

Winnicott, Donald. « *Les objets transitionnels* » - petite bibliothèque Payot. 1951.



# Table des matières

---

---

<b>Abréviations.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>LES THEORIES DE LA DYNAMIQUE DE GROUPE.....</b>	<b>7</b>
I. Définition d'équipe.....	7
A. Définition .....	7
B. Les caractéristiques des équipes.....	7
C. Équipe hospitalière et le modèle Montréal.....	8
<b>II. Mère-bébé, entre attachement et conformisme, la première équipe dans le monde.....</b>	<b>8</b>
<b>III. Brève histoire de la psychologie du groupe.....</b>	<b>10</b>
A. Le bon .....	11
B. Freud.....	13
1. L'illusion .....	14
2. La libido, l'idéal du moi et l'identification .....	14
3. La pulsion grégaire .....	15
4. La régression .....	16
5. La transgression .....	16
6. La renonciation pulsionnelle .....	16
7. Conclusion .....	16
C. Bion.....	17
D. Foulkes .....	21
E. Moreno .....	23
1. Créativité et spontanéité .....	23
2. Psychodrame .....	24
3. Théorie de l'éthique .....	24
4. Théorie des contacts .....	24
5. Théorie des rôles .....	25
6. Télé et transfert.....	25
7. La sociométrie .....	26
<b>IV. Le cycle de vie d'une équipe.....</b>	<b>27</b>
A. Groupe Imago de Berne.....	28
B. Première étape : formation, image provisoire du groupe .....	29
C. Fonctions du leader lors de la première étape :.....	29
D. Image de groupe adaptée de Berne ou deuxième étape de Tuckman: Storming (de tempête) .....	31
E. Les objectifs du leadership au cours de la deuxième étape : .....	32
F. Troisième étape de Tuckman : Norming (période normative) .....	33
G. Image de groupe secondairement ajustée de Berne ou Tuckman quatrième étape, la performance .....	34
H. Cinquième étape : Ajournement (période de suspension).....	35
I. Conclusion.....	35
<b>V. La leadership dans les équipes.....</b>	<b>36</b>
A. Théorie des traits .....	36
B. Théorie comportementale.....	36

C. Théorie contingente et situationnelle .....	37
D. Leadership transformationnel ou théorie de la voie du charisme .....	38
E. Leadership authentique et éthique ou théories des comportements de service.....	39
F. Conclusion .....	39

## **PARTIE 2**

### **OUTILS D'ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DES ÉQUIPES**

<b>EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE .....</b>	<b>41</b>
<b>I. Préambules .....</b>	<b>41</b>
<b>II. Appareillage psychique et réalité psychique groupale .....</b>	<b>42</b>
<b>III. Intrapsychique, interpsychique, transpsychique .....</b>	<b>43</b>
<b>IV. Organismes psychiques et socioculturels .....</b>	<b>43</b>
A. Organismes psychiques .....	43
B. Les organismes socioculturels .....	45
<b>V. Propriétés invariantes des systèmes humains : l'institution psychiatrique en tant que système .....</b>	<b>46</b>
A. Finalité.....	46
B. Intégralité et non-sommativité .....	46
C. Équifinalité .....	46
D. Homéostasie .....	46
E. Complexité et adaptabilité.....	47
F. Information et intégration.....	47
<b>VI. Les fonctions phoriques.....</b>	<b>47</b>
A. Porte-parole .....	48
B. Porte-symptômes.....	48
C. Porte-idéaux .....	48
D. Porte-rêve .....	48
E. Thanatophore .....	48
<b>VII. L'espace interstitielle dans l'institution .....</b>	<b>49</b>
<b>VIII. Mythe des origines, de ré fondation et de dualité.....</b>	<b>50</b>
<b>IX. Les alliances invisibles dans les institutions.....</b>	<b>52</b>
A. Contrat narcissique.....	52
B. Pacte narcissique .....	53
C. Pacte dénégatif.....	53
D. Tâche primaire.....	53
E. Alliances invisibles.....	54
<b>X. La crise institutionnelle : de la souffrance à la déliaison, jusqu'à le thanatophore. Une proposition de classification et analyse.....</b>	<b>54</b>
A. La dimension symptomatologique : .....	55
B. La dimension psychopathologique .....	56
1. Trouble de la fondation et de la fonction institutionnelle .....	56
2. Conflit de différenciation et d'indifférenciation .....	57
3. Menace au changement : ce que Kaës (1989) appelle « la souffrance associée à l'instauration et au maintien de l'espace psychique » .....	59
4. La souffrance associée aux attaques contre la pensées/les espaces psychiques. Nous pourrions peut reconnaître deux type de cette souffrance .....	59
5. Hypertrophie de la mémoire .....	60
6. Manque de moyens .....	61

C.	Autre classification.....	61
D.	Mécanismes de défense du groupe.....	62
1.	Disqualification .....	62
2.	Désaffectation.....	62
3.	Double lien.....	62
4.	Clivage en mauvais ou bon objet .....	62
5.	Paradoxe .....	62
6.	Bouc émissaire .....	62
7.	Conformité .....	63
8.	Déplacement de la responsabilité .....	63
9.	Déni de la réalité.....	63
10.	Cloisonnement.....	63
11.	Idéalisation du leader ou du groupe .....	63
12.	Stéréotypage .....	63
13.	Dévalorisation des étrangers.....	63
14.	Rationalisation .....	63
15.	Illusion d'invulnérabilité.....	64
	Consensus.....	64
E.	Dimension Syndromique : Les différentes crises institutionnelles .....	64
<b>XI.</b>	<b>Les conflits et leur résolution .....</b>	<b>65</b>
<b>XII.</b>	<b>Évolution paranoïaque dans les institutions.....</b>	<b>69</b>
<b>XIII.</b>	<b>L'intervention de prévention et de traitement à travers les crises institutionnelles.....</b>	<b>72</b>
<b>XIV.</b>	<b>Fonction Contenante, phorique, métaphorique et sémaphorique de l'institution .....</b>	<b>75</b>
A.	Une fonction contenante .....	75
B.	Fonction phorique .....	75
C.	La fonction sémaphorique.....	75
D.	La fonction métaphorique .....	76
 <b>PARTIE 3</b>		
	<b>ETUDE DU FONCTIONNEMENT D'UNE EQUIPE PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES ET POST URGENCES .....</b>	<b>77</b>
<b>I.</b>	<b>Préambule .....</b>	<b>77</b>
<b>II.</b>	<b>Réalités des urgences en psychiatrie .....</b>	<b>78</b>
<b>III.</b>	<b>Particularités des urgences psychiatriques .....</b>	<b>78</b>
	La psychiatrisation abusive : .....	79
<b>IV.</b>	<b>Le turnover des urgences psychiatriques.....</b>	<b>80</b>
<b>V.</b>	<b>Binôme médecin-infirmière en psychiatrie .....</b>	<b>81</b>
<b>VI.</b>	<b>Indifférenciation et différenciation : Perspectives psychanalytiques dans les équipes d'Urgences Psychiatriques.....</b>	<b>83</b>
A.	Indifférenciation et différenciation dans le binôme infirmière-médecin.....	83
B.	Extrême différenciation entre les urgences, le malade psychiatrique et les urgences psychiatriques.....	84
C.	Les conflits d'adressage entre urgences somatique et psychiatriques.....	85
D.	La psychiatrie comme lieux de l'« ailleurs » et de « décharge » .....	87
E.	Les urgences : « Système fonctionnant en burnout » .....	88

<b>VII. Transfert et contre-transfert aux urgences psychiatriques</b> .....	<b>89</b>
<b>VIII. Cas cliniques : entre l'inadapté et l'insupportable ?</b> .....	<b>90</b>
A. Premier cas clinique : Double diagnostic, psychiatrique et addictologique. Monsieur	
A. 91	
B. Deuxième cas clinique : Mademoiselle T. illustrant la complexité de la transition entre	
pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. ....	95
<b>IX. Analyse et sociogramme de l'équipe</b> .....	<b>100</b>
A. Le questionnaire.....	100
B. Les sociogrammes .....	108
1. Sociogramme 1 .....	110
2. Le sociogrammes 2 .....	112
<b>X. Discussion</b> .....	<b>113</b>
A. Avantages du sociogramme .....	114
B. Limites du sociogramme.....	114
C. L'éthique du sociogramme.....	116
D. Méthodologies qualitatives .....	117
E. Méthodologies quantitatives .....	118
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>119</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>121</b>
Annexe 1 : Consentement.....	122
Annexe 2 : Sociogramme .....	123
Annexe 3 : Questionnaire analyse .....	124
Annexe 4 : Tableau 1 : matrice du sociogramme .....	125
Annexe 5 : Tableau 2 pour construire le sociogramme 1 sur les choix mutuels .....	126
Annexe 6 : Tableau 3 pour construire le sociogramme 2 sur la somme du rapport	
int/choix .....	127
Annexe 7 : Sociogramme 1 .....	128
Annexe 8 : Sociogramme 2 .....	129
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>131</b>

## RÉSUMÉ

---

Nom – Prénom : ORLANDO Giovanni

Thèse soutenue le : 13 Septembre 2023

Titre de la thèse : Étude de la dynamique relationnelle d'une équipe soignante à travers l'exemple d'un service d'urgences et de post urgences psychiatriques.

Résumé :

Des questions ont été posées sur le fonctionnement des groupes et leur impact sur l'individu avant même la naissance de la Psychiatrie. De nombreuses théories ont été proposées et développées à ce jour, permettant progressivement leur utilisation dans tous les domaines de la psychiatrie, ainsi que dans celui de l'institution psychiatrique elle-même. La dynamique d'équipe dans une institution de ce type peut prendre des caractéristiques particulières par rapport aux groupes en général ou à d'autres type d'institutions, et être associée à des pathologies particulières qui ne s'accordent pas avec des pathologies des individus mais du groupe lui-même. Nous disposons aujourd'hui de différents outils pour analyser une institution en détresse, pour pouvoir reconnaître son état pathologique et pouvoir la soigner. Il y a sans doute encore beaucoup de choses que l'on ne sait pas, surtout parce que les problématiques auxquelles fait face un établissement psychiatrique changent d'époque en époque, mais pouvoir évoquer ce "travail psychologique" permet au corps soignants de ne pas oublier le patient et d'être capable de le maintenir au centre de sa fonction. L'institution psychiatrique dans un environnement surchargé et angoissant comme les urgences est soumise à un travail d'équipe particulier et sujette à la formation de pathologies institutionnelles sur différents aspects. Les reconnaître et les aborder permet un meilleur travail d'équipe dans cet environnement "hostile".

Mots clés : Groupe - dynamique relationnelle – institution psychiatrique - équipe soignante – pathologies et soins institutionnels - urgences psychiatriques