

# Équipe et souffrance des



© Jean-Raymond Meunier.

## liens



Dans cette équipe soignante d'une unité d'urgence psychiatrique, infirmiers de jour et de nuit sont entrés en conflit autour d'une question apparemment anodine : qui doit préparer les lits des entrants ? Au-delà des motifs invoqués, des enjeux sous-jacents émergent...

Qu'est-ce qu'une équipe ? Qu'est-ce qui fait équipe pour nous et comment participons-nous à faire œuvre collective ? Pourquoi avons-nous le sentiment que parfois « tout roule » et qu'il y a presque une ivresse à être et à penser ensemble, et que d'autre fois, nous éprouvons comme une torture psychique à venir travailler ? Qui n'a pas ressenti ce désespoir, cette impuissance, cette colère, de ne pouvoir exprimer un avis différent, non conforme au groupe par crainte d'en être exclu ? Une équipe, « ça » protège, « ça porte » mais « ça abandonne » aussi. Une équipe qui ne se reconnaît plus comme telle est en souffrance dans ses liens. Une équipe, non accompagnée institutionnellement, part à la dérive (voir aussi *Faire équipe, Santé mentale*, n° 186, mars 2014).

#### QU'APPELLE-T-ON ÉQUIPE ?

Au premier abord, une équipe se définit par rapport à la tâche qu'elle doit effectuer et qui légitime son existence et ses actions. Dans le cadre d'un hôpital, la tâche primaire, dit Kaës (1993), c'est le soin. L'organisation détermine les statuts, les rôles et les fonctions, ainsi que les

relations hiérarchiques et fonctionnelles qui permettent à chacun de se repérer. Une équipe est constituée de « *commun, de partagé et de différent* » (Kaës, 1993). Par ailleurs, certaines modalités caractérisent une équipe. Nous retiendrons notamment le petit nombre d'individus, si bien que chacun peut avoir une perception de l'autre et entretenir des échanges personnalisés. Tous ont une conscience d'appartenance, une forme de culture et de rites communs, des normes, des codes... Chaque membre de l'équipe peut se reconnaître dans l'action collective, il existe une forme de solidarité à l'intérieur d'un dispositif défini, d'un cadre stable et organisé. Aussi, si « *une équipe instituée constitue un ensemble intersubjectif singulier composé de "familiers" et organisé par des différences de places, de formations et d'identités professionnelles, mais aussi de niveaux hiérarchiques* » (Pinel, 2013), la notion de lien y est centrale, renvoyant à l'étymologie du mot. En effet, le terme d'équipe vient du vieux français « esquif » qui désigne « *une suite de chalandes attachés les uns aux autres tirés par des hommes sur la berge à partir d'une même cordée* » (Mucchielli, 2019).

#### QU'EST-CE QUI « FAIT ÉQUIPE » ?

Pour Paul Fustier (1999), « *un groupe de professionnels forme équipe quand il se reconnaît engagé dans une histoire qui a commencé avec la fondation de l'institution, ce que l'on en sait ou ce que l'on croit en savoir* ». Chacun a ainsi en commun une représentation de l'institution et peut se percevoir comme inscrit dans

---

#### Nicole TALIANA

---

Cadre de Santé, CH Montperrin,  
Thérapeute familiale psychanalytique  
Association pour le développement de la thérapie  
familiale psychanalytique (ADTFA) et Société française  
de thérapie familiale psychanalytique (SFTFP).

une continuité, nourri de l'histoire qui l'a précédé, dépositaire d'un héritage culturel transmis par les anciens. De plus, ce qui « fait équipe », c'est ce que chacun met de soi, souvent à son insu, donc de manière inconsciente, dans le « pot commun » pour faire « œuvre commune ». « *L'affiliation se fait sur les failles de la filiation* », dit Kaës (1985). Nous venons déposer, rejouer sur la scène institutionnelle des impensés de notre place et de notre histoire dans nos liens familiaux. Dans ce sens, chaque membre de l'équipe hérite de l'histoire du groupe, de ses projets, de ses souffrances, mais participe aussi à ses mutations et son évolution avec sa propre identité et son propre héritage culturel.

C'est ainsi que se nouent, dans le fonctionnement du groupe équipe, des alliances inconscientes qui peuvent être aliénantes ou structurantes. Des rivalités fortes, des affinités, des collages, des ruptures, des clivages viennent réverbérer des conflits inconscients déposés dans les liens institutionnels, et souvent mis en lumière par les symptômes bruyants des patients (voir aussi l'article de R. Panchaud et P. Rey-Bellet, p. 62) ou lors des changements trop massifs au niveau de l'organisation. En effet, « *pour entrer en lien, les sujets doivent nouer et sceller entre eux des alliances : non seulement pour établir, maintenir et consolider leur lien, mais surtout pour en préserver les contenus et les enjeux, pour chacun d'eux et pour le lien lui-même. Les sujets s'identifient entre eux et à un objet commun.* » (R. Kaës, 2009). Nous « tenons » les uns aux autres grâce à des alliances, certaines secrètes et pour une part, inconscientes, mais qu'une parole, un geste, un acte peuvent révéler. L'alliance (consciente ou inconsciente) est créatrice d'accord et de consensus, et permet à l'équipe de s'organiser « positivement » sur des identifications, des croyances et des idéaux communs (Barthélémy, 2014). Les sujets du groupe peuvent ainsi escompter de ces alliances des contreparties, des bénéfices comme la continuité de leur lien et la sécurité qui s'y attache. À certains moments, l'alliance fait ouverture et participe à « *l'illusion groupale* » (Anzieu, 1984) (« *tout roule* », « *on est bien ensemble* », « *on se comprend bien* »), qui traduit un sentiment d'appartenance très fort au groupe équipe, aux confins de l'indifférenciation entre ses membres.

Cependant, et toujours en référence à Kaës (2009), l'équipe s'organise aussi en « négatif » sur des renoncements et des

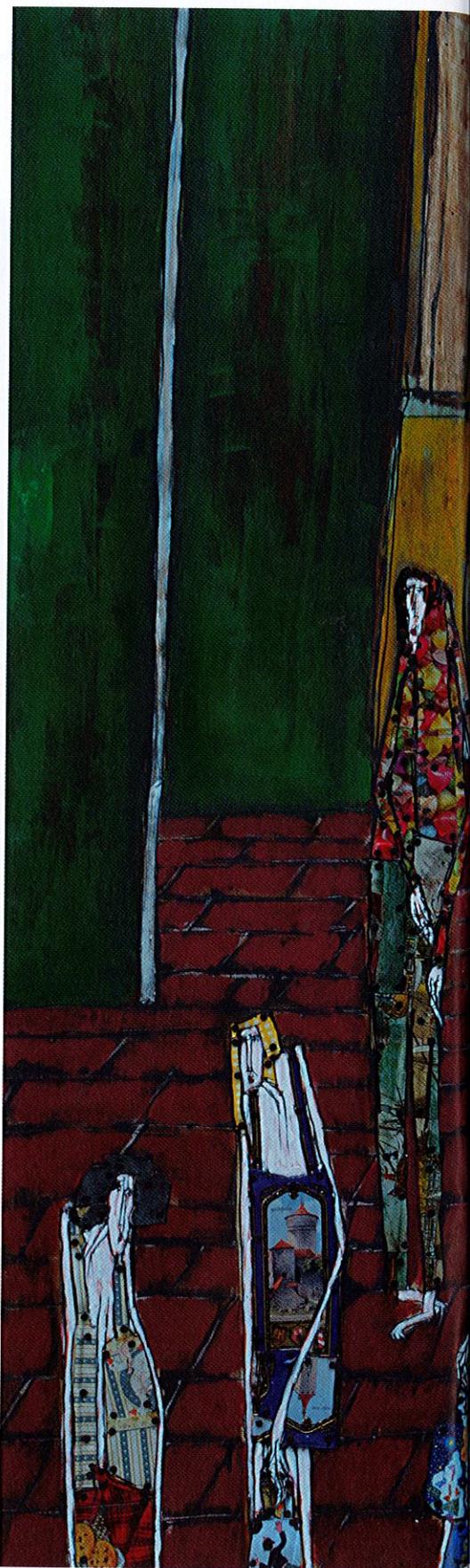
sacrifices, des rejets pour éviter toutes formes de conflit et de divergences qui mettraient à mal « l'être ensemble ». Certaines pensées et représentations devront ainsi être refoulées, déniées, rejetées, effacées ou enkystées au-dedans de soi ou encore, mises en dépôt ou exportées dans un espace psychique hors de soi. Par exemple, pour protéger et maintenir le lien de groupe, des considérations parasites pourront être projetées sur un de ces membres qui deviendra alors le bouc émissaire, ou bien encore déposées dans un lieu comme une réunion où éclatent conflits, disqualifications, où l'omerta règne...

Ainsi, le travail de l'équipe ne se départit jamais du travail de tissage des liens, constamment remis sur le métier pour faire histoire et repère pour le patient. Sassolas (1999) rappelle à ce propos que l'équipe est « *productrice de lien et de repères que le patient va pouvoir utiliser dans une perspective thérapeutique* ».

### LE GROUPE EST « UN »

L'équipe est donc un groupe organisé, constitué de professionnels différenciés, liés par une tâche et un but communs, convoqués à travailler ensemble, se compléter, s'articuler, voire dépendre les uns des autres. Pour Pinel (2001), l'équipe est donc un ensemble intersubjectif en tension entre trois pôles : le groupe, l'institution et l'organisation.

• **En tant que groupe, l'équipe représente pour chaque praticien un « objet de représentation et d'investissement pulsionnel »** (Pinel, 2001). Elle est perçue et vécue fantasmatiquement comme une entité en tant que telle, au-delà de l'addition des individus en groupe. C'est ainsi qu'elle peut être appréhendée de l'extérieur comme « *un bloc* », « *un tout indissociable* ». Pinel parle alors, dans ce cas, de « *d'affranchissement des limites et des règles différenciatrices* » entre chaque membre du groupe. Le groupe est « un ». Cette modalité de lien participe à l'illusion groupale (Anzieu, 1975), secrète une forme de symbiose où chacun se sent protégé par – et plus fort avec – l'autre, considéré comme un autre soi-même. Toutefois, elle implique également une injonction implicite voire explicite de respecter, à la lettre, la règle établie par le groupe sous peine d'en être exclu. Chaque membre est alors pris dans un « *pacte narcissique* » (Kaës, 2009). La violence s'exerce, sous forme d'humiliation, de disqualification, d'attaque envieuse du groupe vis-à-vis de l'insoumis qui soit, entre



© Jean-Raymond Meunier.



dans le rang, soit, est sommé de partir. On peut voir également des batailles rangées entre plusieurs collègues, mettant à mal « la peau commune » et les possibilités d'identification des membres du groupe entre eux qui, de fait, se perçoivent étrangers, laissés tombés, trahis les uns par les autres. Et, « plus le groupe tend à s'établir comme organisation, plus il vise à exister par soi-même en marginalisant le but proprement thérapeutique du groupe, ou en le subordonnant à cet objectif. L'organisation de l'interaction parvient à un degré tel qu'elle peut devenir anti-thérapeutique » (J. Bleger 1987). En effet, à l'extrême, l'équipe peut perdre sa capacité à se questionner sur ce qui se joue de la situation thérapeutique, ce qui, de l'histoire du patient, se rejoue à travers son groupe et sur la scène institutionnelle.

- **L'équipe s'inscrit dans un cadre institutionnel** qui lui offre une sécurité de base, une mission, un idéal, des représentations de but communes, dit Pinel. L'institution « modèle une forme de mentalité et légitime certains types de pratiques : "ici on fait comme ça" » (Pinel, 2001).

- **Le pôle organisationnel définit la place de chaque membre du groupe en déterminant « des rôles et des liens de travail obligés ».** L'organisation dicte des règles et des règlements, élabore des procédures et des protocoles, vérifie comment ils sont appliqués, institue des modalités de « bonnes pratiques » qu'il s'agit de mettre en œuvre. Elle permet aux professionnels de se repérer dans le cadre des tâches qu'ils doivent effectuer pour assurer la continuité des soins mais souvent au détriment d'une certaine créativité.

Dans ce registre, si l'institutionnel est ce qui rend possible le soin, une partie de la pratique et des représentations qui en découlent ne peut être pensée. Nous rencontrons alors souvent des professionnels, nouvellement arrivés, sommés d'adopter des directives implicites sans en comprendre le sens. Le projet institutionnel est fétichisé, chaque proposition ou initiative nouvelle menace le groupe de l'intérieur. Plus le pôle institutionnel est manifeste et plus l'équipe est assujettie à un « *Idéal grandiose* », générant un « *fonctionnement idéologique d'allure sectaire* », oblitérant toute forme d'inventivité. L'organisation devient alors un cadre qui enferme et inhibe le désir. Selon Pinel (2001), « la prévalence du pôle organisationnel est caractéristique des dérives bureaucratiques ; le sens de la tâche primaire s'effondre et les praticiens

*perdent toute espérance* ». Nous pouvons voir combien le travail de liens portés par l'équipe est l'objet d'un équilibre précaire. Constamment amenée à évoluer au gré des mutations interindividuelles, institutionnelles et organisationnelles, la souffrance peut rapidement y trouver des recoins pour s'y développer insidieusement.

### AJUSTEMENTS ET COMPROMIS

L'unité d'urgence psychiatrique accueille des personnes de tous âges en situation de crise : des tentatives de suicide à l'alcoolisation aiguë, de la décompensation psychotique aux manifestations anxieuses... Elle dispose de 8 lits d'hospitalisation brève et est située dans la continuité du service des urgences générales, séparée et reliée par un couloir qui fait à la fois office de frontière et passerelle entre deux mondes bien différenciés.

Cette cohabitation a nécessité des ajustements et des compromis réciproques pour parvenir à la configuration actuelle... Les liens sont le plus souvent cordiaux, toutefois, « en fond », subsistent les antagonismes, les divergences, les représentations des uns et des autres, marqués par une différence de temporalité et d'approche des problématiques.

La référence à l'origine du service d'urgence psychiatrique dont témoignent les fondateurs et certains soignants encore présents, donne une assise, une légitimité aux professionnels en poste. « *Le mythe dit l'origine (...)* Il définit le rapport de chacun à l'Ancêtre fondateur et à la généalogie affiliative qui en découle... », nous rappelle Kaës (1987). Un nouvel arrivant dans le service s'inscrit et est inscrit dans la « lignée », à charge pour lui de poursuivre et de transmettre ce que les « Ancêtres » portés par un Idéal, ont imaginé, conçu et mis en œuvre... En contrepartie, il est accueilli, protégé, étayé et prend sa place dans le groupe. Tel pourrait être les termes du « *contrat narcissique* » défini par P. Aulagnier-Castoriadis et repris par R. Kaës : « *Chaque sujet vient simultanément au monde de la vie psychique, de la société, de la succession des générations en étant porteur d'une mission : assurer la continuité de l'ensemble auquel il appartient. En échange, l'ensemble doit investir narcissiquement le nouvel individu. Ce contrat attribue à chacun une place déterminée dans le groupe, place qui lui est signifiée par l'ensemble des voix qui, avant chaque sujet, a tenu un certain discours conforme au*

*mythe fondateur du groupe. Ce discours, chaque sujet d'une certaine manière doit le reprendre. C'est par lui qu'il est relié à l'Ancêtre fondateur.* » (Kaës, 1993)

### • « Ici, c'est comme ça que l'on procède »

Dans cette unité, à l'insu de certains (cadre, médecins, secrétaire...) existait une règle *a priori* partagée par l'ensemble des infirmiers, qui stipulait que les lits ne devaient pas nécessairement être tous faits en même temps. L'important était qu'il y en ait au moins un qui soit prêt à accueillir un patient... En effet, la chambre était nettoyée par une entreprise extérieure, mais la réfection des lits, à la charge des infirmiers – le service n'employant pas d'aides-soignants – n'était pas effectuée en totalité. C'est à l'occasion d'un conflit ouvert avec l'équipe de nuit que cette règle s'est dévoilée.

Sur un cahier de transmission, un message d'agacement de la part des IDE de nuit apparut un jour, se plaignant des lits non préparés par l'équipe de jour de manière quasi systématique. Cette situation les conduisait à différer l'arrivée du patient des urgences générales pour préparer sa chambre... S'ensuivirent des « règlements de compte » : « *Est-ce forcément l'équipe de jour qui doit faire les lits ?* »... « *Les IDE de nuit ne sont-ils pas qualifiés pour les faire ?* »... « *Et si on comparait la charge de travail ?* » Une demande d'arbitrage à la cadre infirmière nouvellement arrivée avait été posée. Interpellée par cette situation et un peu dépourvue par la demande, ennuyée par ce conflit clivant les équipes, je questionnais les habitudes tout en me référant aux textes, notamment sur le rôle propre de l'infirmier : oui, tout le monde est concerné par la réfection des lits... Toutefois, c'est au cours de ces échanges groupaux que je découvris « la règle », énoncée sous le terme plus noble de « la politique » et présentée sans discussion possible : « *Ici c'est comme ça que l'on procède* ». Même si étymologiquement le terme évoque « la vie de la cité », cette « politique » semblait une coquille vide pour certains infirmiers. Ils s'y référaient puisque c'était ainsi que le groupe « fonctionnait » mais sans savoir ni questionner le « pourquoi », comme dans une transmission d'impensé et de violence, dans un « *pacte narcissique* » (Kaës, 2009) ne permettant en réalité aucune autonomie et aucune subjectivation. D'autres, qui

connaissaient « l'origine » de la consigne, s'y attachaient farouchement, tentant de faire valoir une certaine organisation du travail, ainsi que la reconnaissance d'une charge de travail importante à laquelle les infirmiers de jour étaient soumis par rapport à leurs collègues de nuit... Toute velléité de faire évoluer la règle venait renforcer une rigidification du positionnement, donnant à penser que l'enjeu était ailleurs que dans un seul conflit interéquipes.

Les choses se sont éclaircies à la suite d'un incident où un lit n'étant pas fait, un patient sédaté avait dû patienter en salle d'attente.

### • Les limites de la « politique »

Une réunion de réflexion sur la pratique infirmière a alors mis en évidence les limites de la « politique » au regard de nos conceptions de soins et de la clinique. Ainsi la règle était un accord tacite entre infirmiers pour réguler les entrées de patients décidées par les médecins ! En effet, plusieurs mois auparavant, de nouveaux psychiatres avaient été affectés. Par manque de transmission ou d'appropriation des modalités de travail, ou par souci « d'efficacité », ils avaient été amenés à travailler plutôt seuls, cédant trop rapidement, selon les infirmiers, à la demande des urgentistes d'accueillir un patient dans l'unité alors que celui-ci n'était pas suffisamment « cadré ». Cette façon de faire était une entorse au dispositif d'origine, qui stipulait qu'un binôme infirmier/médecin devait se rendre ensemble aux urgences pour rencontrer les équipes puis le patient.

Ce dernier « passait » dans l'unité psychiatrique lorsqu'il était suffisamment vigile et ne nécessitait plus une surveillance somatique intensive. Les médecins transgressant cette règle interne, les infirmiers se trouvaient alors « assignés » à prendre le relais sans participer à l'accueil, l'évaluation puis l'orientation de la personne. Ils devaient prendre en charge le patient dès son arrivée en service psychiatrie, sans tenir compte de leur propre organisation... *In fine*, l'instauration de la « politique » venait contrer ces nouvelles procédures. En effet, si le lit n'était pas prêt, le patient restait aux urgences. Se jouait un bras de fer implicite entre les deux services, dont le patient était l'otage. Depuis, les médecins avaient changé de structure, certains membres de l'équipe infirmière étaient partis, mais la « politique » demeurait...

### • Analyse de la situation

Cette situation apparemment anodine permet d'identifier les emboîtements successifs de vécus agressifs des équipes et des sentiments d'effraction, d'intrusion de la sphère psychique représentée ici par le dispositif ébréché (penser, décider, œuvrer ensemble). Intruse sur un lieu d'urgence, la maladie mentale fait pression. Dans un service où on lutte pour la vie, les urgentistes font pression sur les psychiatres pour libérer les box de l'emprise de la folie. Les psychiatres à leur insu font à leur tour pression sur les infirmiers de jour, qui répercutent cette tension sur leurs collègues de nuit, qui eux-mêmes pressent fortement la cadre infirmière d'agir, de prendre des décisions, au nom de « l'équité »...

C'est notre cheminement collectif et le recentrage sur ce qui constitue nos liens d'équipe, nos valeurs, puis le retour à la clinique et aux problématiques des patients accueillis dans ce lieu, qui nous permettra d'appréhender cette « politique » comme un passage à l'acte. Comme une tentative de recréer un groupe à l'intérieur d'un groupe vécu en perte, « attaqué » par les urgences (du dehors) *via* les 2 médecins (au-dedans), déstabilisant l'ensemble et l'enveloppe le contenant, dévoilant des enjeux interpersonnels, interprofessionnels et sans doute transgénérationnels (inscrits en creux dans l'histoire institutionnelle), encryptés au sein d'un pacte dénégatif. Cette situation évoque la défaillance de la « *fonction conteneur* » du dispositif (1) (occupant ici la même fonction qu'un cadre thérapeutique) dans un contexte bouleversé par de nombreux changements : des médecins travaillant seuls, « rompant » le pacte fraternel ; le départ d'une cadre de santé très investie par l'équipe, nommée sur un autre poste, favorisant des fantasmes d'abandon, puis l'arrivée d'une nouvelle dont il fallait tester la fiabilité, la contenance, les réactions dans le sens, ou pas, d'une rétorsion et d'une suture de la parole et de la pensée. De fait, cette équipe pluri-professionnelle a été bousculée par des départs et des deuils à faire, et, dans ce marasme institutionnel, par un quotidien marqué par des arrivées intempestives de patients dont la plupart ont des tentatives de suicide suite à des ruptures de liens, familiaux, conjugaux, sociaux... Dans un lieu où l'urgence et la crise sont le « lit » des interventions, les changements intempestifs émanant de l'intérieur et de l'extérieur de l'enveloppe groupale ont

déstabilisé l'« *appareil psychique groupal et institutionnel* » (2), mettant à l'épreuve le groupe soignant et son identité. Les alliances inconscientes ayant participé de sa construction ont été ébranlées, laissant apparaître la conflictualité dans l'équipe. En effet, l'entorse faite au dispositif de base, « *travailler, réfléchir, penser, voire décider ensemble* » et à l'Idéal qui le sous-tendait (dans ce groupe, médecins et infirmiers étaient « *égaux* », « *tous frères* » voire confondus dans le fantasme, [3]), signifiait rompre, trahir, et amenait un repositionnement défensif (de type paranoïde) et un passage du « *tout contre* » au « *contre* ».

L'attachement au dispositif, dont certains infirmiers se faisaient les garants et les porte-parole, laissaient croire que celui-ci est immuable, hors temps, hors réalité. Fustier (1999) émet l'hypothèse que « *le dispositif n'est pas seulement un objet purement extérieur, il vient s'y loger des externalisations, des dépôts, des projections en provenance des membres de l'institution et des usagers* ». Mais l'attaque du dispositif a conduit à un effondrement de type anaclitique en miroir des problématiques les plus représentées dans le service : passages à l'acte suicidaires souvent actés au décours de vécu d'abandon, de ruptures, de trahisons conjugales ou et familiales... Aussi, le groupe soignant a été contaminé par ce qu'il était censé traiter. Débordé dans ses capacités de mentalisation par un enchaînement d'événements, dans un contexte trop mouvant, il s'était trouvé pris dans la même impossibilité de métaboliser et transformer les tensions internes, la négativité, que les couples et familles aux prises avec la symptomatologie urgente d'un de leur membre qui vient révéler l'ébranlement des liens inconscients. Pour Pinel (1989), « *la partie psychique du cadre, à savoir l'appareil psychique institutionnel adopte un mode de fonctionnement analogue à celui des actants... Le*

*débordement du système pare-excitation de l'équipe soignante s'actualisera par une intoxication de la pensée et une attaque contre les liens. Ainsi, les projections des patients démantèleront la fonction conteneur du cadre institutionnel en sidérant et en intoxiquant la pensée groupale. Ce démantèlement produit une dégradation des espaces communs et des différentiateurs institutionnels* ».

L'équipe n'arrivait plus à penser la manière dont les problématiques des patients se réverbéraient dans l'espace groupal et institutionnel. En ce sens, nous pouvons dire qu'elle était en souffrance dans ses liens.

### CONCLUSION

Les conflits ont un sens qui échappe aux membres pris dans les rets de la problématique des liens des patients, qui se rejouent dans le groupe-équipe sur la scène institutionnelle. Ils reflètent ainsi à la fois la dynamique institutionnelle et le lien instauré avec le patient. Ils génèrent une souffrance alors que l'énergie même qu'ils sollicitent est du côté de la pulsion de vie, et une lutte contre l'effondrement (des croyances dans le groupe, l'organisation, l'institution en tant que porteur d'un Idéal). Offrir un espace de dépôt et de retraitement et une écoute groupale à ces « *encombrants fantasmatiques* » pour leur permettre de se subjectiver, de se symboliser, est une voie possible d'accompagnement du groupe soignant dans sa mission de soin. Nous comprenons en effet l'importance de créer des espaces permettant de traiter la conflictualité dans l'équipe, de travailler à un accordage envers et contre les effets de déliaison : il en va ainsi des réunions d'équipe, des supervisions, qui permettent d'accueillir les éprouvés, et par le travail à plusieurs d'en faire émerger une forme qui va prendre sens pour l'ensemble.

1- La fonction conteneur chez Kaës a un effet « transformateur », « de métabolisation », de mise en sens (apparentée à la fonction alpha chez Bion). A différencier de la fonction contenante qui entoure, contient, protège (fonction de holding).

2- Appareil psychique groupal et institutionnel : proposé par Kaës, l'expression désigne une construction psychique des membres du groupe pour constituer un groupe. Cette construction a une fonction de pare-excitation, d'articulation, de liaison, de transformation (...) entre la réalité interne individuelle et la réalité externe.

3- Kaës (1993) parle d'un groupe isomorphe lorsque celui-ci, confronté à des contingences qui perturbent son équilibre, se replie sur lui-même dans un mouvement protecteur qui l'isole en même temps qu'il le protège. Dans un groupe à fonctionnement isomorphe, il n'existe qu'un espace psychique groupal et non des espaces psychiques séparés. C'est l'homogénéité mentale. Si un élément du groupe vient à changer, ce changement menace le sujet de l'intérieur.

### BIBLIOGRAPHIE

- D. Anzieu, *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal* (1975), Dunod, 1999.
- S. Barthélémy, « Passer par l'équipe » in *Revue Santé Mentale* 186, mars 2014.
- J. Bleger « Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions ». in Kaës (R.), Bleger (J.) et al., *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, 1987.
- P. Fustier, « Le travail d'équipe en institution » Dunod, 1999.
- R. Kaës : « Filiation et affiliation » in *Gruppo Revue de psychanalyse groupale* n°1 1985.
- R. Kaës « Réalité psychique et souffrances dans les institutions » in Kaës et al. *L'institution et les Institutions*. Paris Dunod 1987.
- R. Kaës, *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod 1993.
- R. Kaës, *Les Alliances inconscientes*. Paris, Dunod 2009.
- R. Mucchielli « Le travail en équipe » *Clefs pour une meilleure efficacité collective*. Coll ESF Sciences Humaines 2019
- J. P. Pinel, *Enseigner et éduquer en institution spécialisée : approche clinique des liens d'équipe*. In *Connexions* 75/2001-1.
- JP Pinel, « les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle » in *Pratiques soignantes dans les institutions*. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* n° 13. 1989.
- M. Sassolas, *Le groupe soignant. Des liens et des repères*. Ramonville Saint-Agne : Erès. Ed 1999.

**Résumé :** Une équipe a pour but d'effectuer certaines tâches permettant de dispenser des soins à des personnes en souffrance psychique et psychiatrique. Une équipe, en tant que groupe, est en prise avec des enjeux qui la dépassent, qui la dévorent, et lui fait perdre ses repères. Elle se retrouve alors dans la même configuration que les patients qu'elle est censée traiter. Cet article donnera des éléments sur la notion d'équipe et de souffrance des liens lorsque surgit un conflit.

**Mots-clés :** Alliance inconsciente – Appareil psychique groupal – Conflit – Déliaison – Dynamique de groupe – Équipe pluridisciplinaire – Groupe d'appartenance – Illusion groupale – Institution – Relation interpersonnelle – Travail en équipe.