

Le « Je » du silence...

Bonjour,

Claire Laboucarié, infirmière au CH Montperrin et membre de l'association Serpsy Paca que je remercie pour leurs contributions à mon travail de réflexion.

Celle-ci va s'articuler autour de la question du « JE » infirmier en tant que positionnement de soi au sein d'un collectif soignant et institutionnel. En effet, le travail en service de soins psychiatriques renvoie notamment à la notion du travail en équipe c'est-à-dire au « nous », mais aussi au positionnement individuel dans ce groupe c'est-à-dire au « je », le « nous » en tant que collectif soignant étant une pluralité de « je » qui représente plus que la somme de ceux-ci en tant que construction originale selon René Kaës (notion d'appareil psychique groupal). En effet, chaque soignant est constitutif du groupe en tant qu'il participe à sa formation et il est également constitué par le groupe : c'est ainsi que le soignant est porteur d'un « double je » dans le groupe, le « je » de l'individu et le « je » de la fonction psychique dont il est porteur (fonction phorique), d'où la nécessité de comprendre qui est le « je » qui parle ou se tait.

Penser le « Je » infirmier, c'est penser à ce qui fonde et donne sens à cette profession : les soignés, les soignants, la relation de soins, ce que cela engage de chacun, l'institution et l'histoire de la psychiatrie. Si le thème n'est pas celui du temps, on peut néanmoins penser au temps du Je : dans une psychiatrie de plus en plus dévolue aux actes codifiés et quantifiés, quel temps reste-t-il pour se réunir et penser ensemble en laissant à chacun le temps de s'exprimer individuellement de sa place? Quel temps prenons-nous également pour nous interroger nous-même sur notre propre « je », notre propre positionnement face à une situation ?

Afin d'illustrer mes propos, je vais d'abord vous présenter une vignette clinique.

Vignette clinique :

Réunion de service dans un service d'hospitalisation intra : sont présents les 2 médecins, l'assistante sociale, le cadre, environ 9 infirmiers et 1 aide-soignante. Il est prévu ce jour de présenter la synthèse de Jules, jeune homme de 25 ans hospitalisé depuis près de 2 ans dans le service, et dont le devenir est en questionnement. Ce jeune homme souffrant de schizophrénie présente de nombreuses difficultés au regard du cadre d'hospitalisation, et son devenir en dehors de l'institution semble difficile à envisager. Depuis mon arrivée dans ce service comme infirmière de nuit, nous parlons très souvent de Jules lors des différentes relèves : au sein de l'équipe soignante paramédicale, l'unanimité se fait autour de la stagnation de sa prise en soins. En effet, tout le monde s'accorde sur le fait que nous l'avons sorti de la rue où il vivait, mais que lui offrons-nous ? Un toit, à manger, et ensuite ? C'est ainsi qu'a émergé le choix de préparer une synthèse afin de pouvoir évoquer ensemble les problématiques apportées par cette prise en soins devenant difficile.

Une fois la synthèse orale effectuée par notre équipe de nuit dont je fais partie, nous laissons la place aux échanges dans l'équipe : surprise, aucune voix ne s'élève... Alors que dans le temps des relèves paramédicales, Jules prend un temps certain au travers de diverses réflexions et questionnements, là, le silence se fait. Le médecin qui est en charge de Jules nous fait part de sa réflexion « *nous revenons de loin avec lui, il vivait dans la rue, était complètement désocialisé etc* ». Etant depuis environ 5 mois dans le service, je prends ainsi connaissance de l'histoire de Jules dans et hors du service, mais une question subsiste : que faisons-nous aujourd'hui avec lui ? Je me risque à aborder la question de son devenir, notamment en évoquant les souhaits de formation en boulangerie qu'il invoque : s'il paraît à ce jour évident qu'il ne dispose pas actuellement des capacités à suivre une formation, ne pourrions-nous pas nous saisir de ce désir évoqué pour construire un devenir avec lui ? Travailler avec lui les origines de ce désir (lien affectif avec la nourriture, réminiscence de son délire érotomane sur une boulangère...) ne serait-il pas un début de projection vers l'avenir ? S'il n'existe en psychiatrie aucune clef miraculeuse permettant de guérir, nous avons la possibilité, et je dirais même la responsabilité, d'avoir espoir en l'avenir des personnes soignées, en leurs capacités à s'adapter à un ailleurs, leur offrir notre capacité de rêverie au sens de Bion.

Là encore, je me retrouve face à un mur de silence, hormis le cadre qui me dit qu'il ne faut pas penser le soin aux personnes souffrant de psychose comme une voie vers la guérison, ni vers la normalisation. Je réponds évidemment que tel n'est pas mon propos, mais que je garde l'espoir que chacune des personnes soignées que nous croisons ait des capacités et qu'il faille les stimuler pour soulager leur quotidien et l'impact de leur maladie sur leur vie sociale et affective. Une infirmière vient appuyer et illustrer ce propos puis le médecin me dit sous forme de conclusion « tu n'as pas tous les éléments de l'histoire de Jules dans le service car tu n'as pas connu Pierre », et c'est là la fin des échanges autour de la prise en soins de Jules.

Ce que j'ai souhaité illustrer avec cette vignette clinique repose sur l'absence orale des soignants dans la discussion : que sont devenus les infirmiers et aides-soignants qui étaient parfois même révoltés de notre quasi absence de prise en charge ?

Mon but est d'essayer de comprendre les enjeux des relations au sein de l'équipe qui ont pu inhiber le « je » dans la communication, « je » du soignant mais aussi « je » du patient. Pourquoi les infirmiers qui la veille me disaient « c'est bien de faire la synthèse de Jules car on ne fait plus rien aujourd'hui, regarde l'état de sa chambre, on n'arrive plus à lui poser un cadre, rien n'est repris etc... » se sont-ils tus aujourd'hui ? On peut également se poser la question du manque d'initiative personnelle dans la prise en soins de Jules : n'est-il pas du ressort de l'équipe soignante paramédicale de mettre en place un cadre avec les personnes soignées mais aussi de travailler avec eux sur leurs capacités à vivre, à trouver une rythmicité dans leur quotidien (se coucher, faire son lit, entretenir sa chambre, se laver, se nourrir etc), rythmicité donnée par les temps institutionnels, dans le lien social ? Qu'est-ce qui vient inhiber cette capacité soignante à se positionner dans la prise en soins ? Dans ce

service, les initiatives collectives type sorties diverses perdurent et sont une chance pour les personnes soignées, mais qu'en est-il des initiatives individuelles ? L'infirmier d'aujourd'hui a-t-il encore la possibilité et/ou la capacité de dire « je souhaite », « je pense » ou le « je » se retrouve-t-il totalement dilué dans le silence du « nous » voire du « on » ? De quoi ce silence peut-il être le révélateur ? L'équipe ne constitue-t-elle pas ici un double répétant à l'identique la problématique des personnes soignées, notamment dans la difficulté à élaborer sa propre subjectivité, qui est l'une des expressions de la psychose ? On voit également pointer l'attaque des liens par anéantissement des désirs des soignants au sein du groupe, révélant la pulsion mortifère des personnes soignées venant inhiber leur capacité à désirer. Les personnes en souffrance psychique n'ont plus ou prou accès à leurs capacités créatrices, évoluant parfois dans un état d'errance et de vacuité : le travail des soignants, en mettant leur appareil psychique à leur disposition, doit permettre de remobiliser ces capacités à penser, désirer pour ensuite agir. Ce silence pourrait ainsi être le symptôme de la difficulté des soignants à rester créatif dans le soin aux personnes souffrant de psychose, en partie du fait de la conjoncture actuelle en psychiatrie qui met à mal les possibilités d'initiatives des sujets au regard des normes de plus en plus contraignantes.

Jean-Pierre Pinel a développé la thèse que la psychiatrie serait dans une mutation hypermoderne portant avec elle l'égérie de la transparence et l'illusion d'une institution parfaite, avec pour organisateur principal le changement continu. Selon lui, « *l'utopie de la transparence* » relève du désir de pureté et d'une quête de « *l'indifférenciation et de l'abolition des limites* » avec « *une fascination pour un monde lisse et uni* » : c'est donc l'effacement des individualités mais aussi des spécificités. La pensée d'Emmanuel Diet vient renforcer cette idée en parlant « *des logiques destructrices du néolibéralisme dont les procédures apparaissent comme moyen privilégié de la fabrication de sujets réduits à l'état agentique* », ne sommes-nous d'ailleurs pas des agents de la fonction publique ? Ainsi, la modernité mettrait en œuvre des logiques desubjectivantes, contraignant les sujets à taire leur pensée si elle diffère du modèle général, au risque de mener à une pensée totalitaire. **3**

Pourtant, n'est-t-il pas essentiel que la parole du « Je » de chaque soignant puisse émerger au sein de l'équipe afin que chacun prenne position de sa place et ainsi de la place où il « met » la personne soignée, permettant ainsi de confronter les différents points de vue mais aussi mettre du lien dans l'histoire de la personne soignée qui dépose souvent en chacun de nous un bout de celle-ci, nous mettant ainsi en position de « porteur » au sens du *holding* de Winnicott: il en va ainsi de la possibilité de limiter le morcellement et l'angoisse qui en découle, et ainsi pour reprendre Monique Trost « *tisser un fil de soie, de soi, de soin...* ».

L'émergence du « Je » relève souvent d'un désir personnel qu'il semble nécessaire de soumettre au collectif soignant afin de « professionnaliser » ce désir en lui donnant un cadre, mais aussi de permettre à chacun d'élaborer autour de ce désir en remettant du lien entre les différentes perceptions.

Au regard de la vignette exposée se pose la question de l'origine de ce projet de synthèse : celui-ci émerge du souhait d'une équipe de nuit de préparer des synthèses afin de renforcer ou créer un lien avec les équipes de jour et pouvoir échanger autour des prises en soins des patients présentés. Ce projet avait reçu l'accord de l'équipe médicale et paramédicale, mais dans les faits, nous voyons bien qu'il n'a pas été investi comme prévu, vu la quasi-absence d'échanges. Cela rejoint la disqualification développée par Paul Fustier, la mise à mort d'une légitimité professionnelle par une équipe à priori bienveillante autorisant toutes les initiatives mais laissant celles-ci quasi vouées à l'échec puisque non soutenues dans les faits.

A chaque émergence d'un « je », l'équipe fait corps par inertie, tel un mur de pierres : cette attaque par déni de l'individu soignant fait disparaître toute tentative d'existence autonome au sein du collectif soignant, inhibant voire annihilant ainsi le désir du « je ». Cette angoisse de l'autonomisation des individus du groupe renvoie probablement à l'angoisse de morcellement qui traverse et habite les équipes travaillant en psychiatrie, en miroir des angoisses de morcellement des personnes souffrant de psychose dont ils s'occupent.

P. Fustier, en référence à Pierre Bourdieu, aborde également l'origine culturelle du métier d'infirmier comme facteur favorisant le sentiment de non légitimité, et ainsi l'incapacité à agir. En effet, la légitimité de l'infirmier se fait par lui-même et non par son appartenance professionnelle, contrairement au médecin qui est légitimé par « ses lettres de noblesse » : l'infirmier est « le fils de ses œuvres » dit Bourdieu. Ainsi, le collectif soignant, l'institution, représentent des instances institutionnelles de légitimation, permettant la reconnaissance des pratiques. Si celles-ci sont dans l'acceptation systématique à priori bienveillante, dans l'absence de critique et de recherche d'argumentaire donc de sens, il ne peut y avoir légitimité puisque nous sommes dans le « tout est soin » revenant à dire que « rien n'est soin ». En effet, si toutes les initiatives sont bonnes, cela signifie qu'elles n'ont pas d'importance et qu'elles ne sont pas soignantes. Il y a ici absence de mentalisation, donc perte de sens, mais aussi régression de l'équipe dans une jungle où tentative d'autonomie rime avec sanction par déni de l'individu soignant, c'est la sanction par l'écart développée par Fustier pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

Revenons sur la vignette clinique auquel il est important d'ajouter les éléments suivants : une fois la synthèse effectuée uniquement à partir du dossier de la personne présentée, les éléments erronés ou manquants de l'histoire ont été ajoutés par le médecin responsable de cette personne, avec certains éléments complètement inconnus des soignants présents. La question n'est pas de savoir s'il est important de connaître toute cette histoire mais plutôt de ce poser la question du positionnement de chacun : en effet, le médecin se pose ici en tant que détenteur de la connaissance, mettant ainsi symboliquement l'équipe paramédicale dans une position infantile de « ceux qui ne savent pas ». Donner aux infirmiers le sentiment qu'ils sont privés d'une certaine connaissance revient symboliquement à les priver de leurs capacités d'agir de manière autonome et les

positionner ainsi en simple exécutant voire domestique selon Fustier, place dans laquelle s'inscrivent d'autant plus facilement les infirmiers qu'elle vient faire écho aux caractéristiques de nos ancêtres les gardiens de l'asile. Le risque ici est de provoquer au sein de l'équipe un besoin majeur de différenciation symbolique vis-à-vis des personnes soignées pour ne pas rester sur le même plan, celui des enfants, et ainsi de se rigidifier en laissant prédominer, selon Fustier, « *des mécanismes défensifs dont la finalité serait de consolider des privilèges* ». Ces privilèges, comme par exemple pourrait être la tisanerie formellement interdite aux patients, semblent être les marqueurs de cette différenciation symbolique nécessaire entre les infirmiers soignants et les personnes soignées : les infirmiers, ainsi privilégiés, se positionnent dans le clan des adultes. Or, et il semble bon de le rappeler en ces temps difficiles, nous sommes porteur d'un privilège rare qui dépasse de loin tout besoin de connaissance factuelle : le privilège de la rencontre avec cet autre que l'on appelle le fou. Et c'est là la difficulté des mutations de l'institution : nous sommes au cœur d'un système qui met la relation en périphérie du soin, mettant en avant le principe de la tâche avant tout, ouvrant selon Pinel, sur un risque de « *désinvestissement de la pratique institutionnelle* » découlant d'une souffrance éthique profonde. Or, si l'on se rapproche de la pensée de Piera Aulagnier, nous voyons que ce désinvestissement institutionnel pouvant aller jusqu'au désinvestissement des personnes soignées met un frein à leur potentiel subjectif. En effet, elle met en avant 2 conditions nécessaires pour que le Je puisse exister : le Je doit être reconnu par un autre Je, et le Je doit avoir dans la réalité « *au moins un Je qui continue à l'investir et qu'il continue à investir* ». Ce schéma de double reconnaissance et de double investissement se répète à chaque niveau relationnel : entre les infirmiers et les personnes soignées, entre les médecins et les infirmiers, entre l'institution et les soignants etc entre tous les Je de la relation.

Revenons encore sur la vignette clinique : si l'on essaie d'éclairer la situation par les apports de Didier Anzieu, on peut se poser la question du climat social du service (autocratique, démocratique, laisser-faire). En effet, selon qu'il relève d'un mode ou l'autre, le plaisir à la tâche mais aussi la capacité à effectuer des activités se retrouvent modifiés : ainsi, on peut supposer qu'ici, il s'agit d'un climat autocratique médical, où les décisions sont prises par les médecins sans consultation de l'équipe, inhibant alors toute possibilité d'initiative personnelle. Les marques de ce climat se retrouvent très clairement dans le discours des soignants par des phrases du type « les médecins ont décidés de le faire sortir mais on ne comprend pas pourquoi, il n'est pas prêt... », phrase qui dénote d'une décision venant d'en haut sans échange avec les soignants. Les soignants, dépossédés de leur parole, se privent alors de leur pensée même, de leur subjectivité et peuvent ainsi par là-même priver les patients de leur subjectivité. En parallèle, il semble que le groupe soignant évolue dans un climat de laisser-faire au quotidien : en effet, hormis les RDV administratifs et les prescriptions (RDV TGI, NAP...), aucune consigne ne semble être donnée au personnel en ce qui concerne les activités par exemple, aucune discussion ne se fait sur les possibles intérêts à mettre en place telle ou telle activité thérapeutique pour tel ou tel patient. Or, Anzieu a pu démontrer que le taux d'activité est relativement faible dans ce type de climat,

malgré une ambiance plutôt positive. Ainsi, le groupe livré à lui-même va s'attacher à faire ce qui est prescrit, effectuer les tâches prévues sans essayer de penser plus loin : tout cela se passe en groupe, sans pensée ni parole de chacun, le but étant de rester unis et solidaires, puisque « l'union fait la force ».

On peut également ajouter à cela l'impression de sécurité qu'apporte le sentiment d'appartenance au groupe. En effet, de par notre nature grégaire, notre tendance naturelle va vers une recherche du groupe, l'isolement représentant le risque d'être une proie potentielle : en psychiatrie, il semble d'autant plus évident que le soignant va rechercher le confort du groupe pour plusieurs raisons. L'identification groupale rassure par les bénéfices qu'elle amène : dilution de la responsabilité de chacun, augmentation du sentiment de crédibilité par consensus, dilution des attaques subies par le groupe et non pas par un individu pouvant aller jusqu'à une fuite de la rencontre avec le patient... Mais ce fonctionnement légitime un groupe et non les individus qui la composent et renvoie à un mode de pensée unique uniformisant et réducteur. Nous voyons bien ici l'ambiguïté qui s'offre au sujet : son besoin grégaire le pousse à adhérer en toute conformité au groupe pour assurer sa survie au risque d'aliéner son individualité, alors qu'au fond, il aspire à une singularité propre.

Prenons l'exemple de la tisanerie dévolue aux soignants : dans les services d'intra, les services n'étaient auparavant pas dotés de tisanerie différenciée physiquement par un espace clos comme cela est le cas depuis la rénovation des bâtiments : ne pourrait-on pas voir là la symbolique des changements majeurs survenus en psychiatrie ces dernières décennies, dont les modifications dans la formation des infirmiers ? Loin de moi l'idée de penser qu'un diplôme vaut mieux qu'un autre car nous sommes bien plus que notre titre, en revanche, l'histoire de la formation s'inscrit dans l'histoire de l'institution et des personnes qui la composent, mais aussi dans l'histoire des idées qui la traverse et traverse ainsi les sujets. Si l'on écoute bien les histoires que nous raconte les ISP sur ce qu'était la psychiatrie de leur époque, on remarque très facilement que l'essentiel était la relation, c'est-à-dire « l'être avec ». Aujourd'hui, le discours semble plutôt se situer dans « le faire face à » (l'urgence, la violence etc), et je reprends ici les termes d'Alex l'infirmier lors d'une discussion « serpsyenne » sur le net. Ainsi, cette attitude du « faire face » pourrait être le symptôme de la mutation hypermoderne dont parle Pinel et dont l'organisateur est le changement continu rendant obsolète les choses, les techniques mais aussi les individus. Ainsi se voit renforcer le sentiment de vulnérabilité de l'individu et le besoin de faire corps, de se protéger dans le « même », dans « l'identique », dans « l'illusion groupale » dont parle René Kaës. Nous pouvons rajouter à cela le sentiment d'illégitimité parfois ressenti par les DE au regard des ISP lorsque ceux-ci sont dans le « c'était mieux avant », mais aussi des ISP face aux DE lorsque ceux-ci sont dans le refus des héritages dont les ISP sont les porteurs : la transmission, selon Pinel, vient faire ici symptôme d'une problématique du lien et de l'articulation. On peut voir également dans ce besoin de groupalité soudée un moyen de lutte contre l'angoisse de morcellement de l'équipe en miroir avec les angoisses de

morcellement des personnes souffrant de psychose, ce qui soulève la difficulté de penser le fonctionnement du groupe. Le problème ici ne réside pas dans le besoin de différenciation vis-à-vis des soignés, mais dans le fait que cette recherche se fasse de manière groupale, ce qui, à défaut de renforcer la capacité à dire « je », vient au contraire renforcer le « mur soignant » comme bloc face aux personnes soignées, mais aussi face aux tentatives d'émergence de « je » au sein du groupe. Cette attitude murale se voit également renforcée par ce que Fustier nomme « l'indifférenciation meridique », sorte de pacte fondamental entre les soignants à soutenir une position dépressive au travail qui vient faire écho à la position dépressive que projette sur les soignants les patients souffrant de psychose. Il en va ainsi de la baisse des activités thérapeutiques au sein des services intra hospitalier, car elles émanent souvent chez le soignant d'une recherche d'alliance entre plaisir pour soi et thérapeutique pour les personnes soignées. Ainsi, le soignant cherchant à mettre en place une activité auquel il prend du plaisir se différencie du groupe morose, et de fait risque d'être sanctionné par 1 mise à l'écart et le sentiment de se heurter à un mur. Cette « indifférenciation meridique » se voit d'autant plus renforcée que « le sentiment océanique » est présent. Ce « sentiment océanique », qui émane de la nostalgie n'est autre que le désir inconscient « *d'un retour à une situation de l'ordre du narcissisme primaire* » selon Fustier. Il fait œuvre dans les discours du type « c'était mieux avant », « avant, on savait soigner les malades », « la psy, ce n'est plus ce que c'était », et semble venir renforcer ce sentiment d'infériorité des soignants infirmiers. Comment oser penser par soi-même et exposer cette pensée au groupe qui ne donne aucune légitimité ni considération à ce soignant ? Ainsi, les multiples changements dans la formation des infirmiers mais aussi au sein de l'institution sont venus mettre à mal le fil transgénérationnel qui fait lien : en effet, la psychiatrie d'aujourd'hui n'est pas la psychiatrie d'hier, dans le bon comme dans le mauvais sens. Nous ne disposons pas aujourd'hui des mêmes référentiels au sein de la formation et il devient parfois difficile de se comprendre, le temps manquant et la pression actuelle pesant sur notre système de santé ne faisant qu'accentuer cette difficulté à pouvoir communiquer. Nous pouvons même élargir cette idée aux médecins puisqu'interviennent aujourd'hui dans les institutions psychiatriques des médecins généralistes en lieu et place des psychiatres (et je ne mets pas en question leurs facultés à soigner), mais aussi des cadres et on peut observer cette mutation à chaque étage de la hiérarchie. Ainsi, la psychiatrie semble subir une perte voire un déni de la spécificité, de l'identité de sa discipline : si tout le monde peut soigner, alors personne ne peut soigner. Pinel nous rappelle d'ailleurs que l'abolition de toute spécificité n'est autre que l'une des 3 caractéristiques de la relation d'emprise définie par Roger Dorey. Nous pouvons nous rendre compte que la perte de la subjectivité en psychiatrie ne relève pas seulement des individus mais d'une crise institutionnelle plus large en miroir de la crise sociétale actuelle dont le principal symptôme semble être une position de repli sur soi et/ou sur des groupuscules, moyen de « faire face » à une adversité imaginaire et fantasmée. Dans notre métier où la parole reste l'essentiel des soins psychiques, lorsque celle-ci se fait rare et que les liens se délitent, comment peut-on alors espérer qu'émerge

des « je » pour que le « nous » redevienne une pluralité de « je » et bien plus encore, et non plus l'équivalent d'un « on » anonyme? Au travers de l'émergence du « je », ne sommes-nous pas en recherche de l'émergence d'un « tu », cet autre qui me ressemble mais qui n'est pas moi, et qui non pas me détruire m'aide à grandir, mais aussi de ce qui est « tue » de la clinique des patients ? Les journées comme celle de Serpsy ne sont-elles pas l'émanation de cette recherche de liens et d'échanges mais aussi d'enveloppe, de Moi-peau groupal d'Anzieu qui contient – délimite et protège tout en permettant la libre circulation des pensées, peut-être aussi une forme de résistance dans le sens positif de ce terme, c'est-à-dire dans la capacité à se mobiliser et non pas dans la résistance par inertie ?

Ainsi, les associations et réunions de collectifs soignants seraient des lieux à penser et panser le « je » soignant,

On voit ici l'importance que viennent prendre ces journées, ces collectifs, ces lieux où chacun peut s'exprimer dans le respect des différences et des similitudes dans un plaisir à penser ensemble : en renforçant la confiance en soi, en permettant à chacun d'appréhender des théories enrichissantes pour la compréhension de ce qui se joue dans nos services, elles favorisent l'émergence d'une pensée sur soi et ainsi la possibilité d'une posture soignante subjective. La circulation de la parole de chacun au travers des « je » permet de mettre en travail les liens inter individuels et renforcer ainsi la cohérence des collectifs soignants, l'émergence du « je » favorisant celle du « tu » et vice-versa et donc celle du « nous » en tant qu'élaboration collective. Selon Pinel, « *les groupes cliniques forment un site privilégié pour soutenir les conditions du travail intersubjectif de métabolisation et de symbolisation collective* ». Il devient donc nécessaire que les infirmiers se réapproprient leurs principaux outils de travail que sont la parole et la pensée, et qu'ils s'affirment dans leur légitimité à soigner, penser et parler en tant que porteurs de la rencontre et des liens transféro-contre-transférentiels de celle-ci. Travailler sur la complexité de notre profession permet de limiter le risque de glissement vers une pensée unique standardisante dangereuse pour tout un chacun, que l'on soit soigné ou soignant. Jacques Dufour, autour d'un séminaire sur la pensée de René Kaës, parle de « *la capacité à devenir sujet, du et dans le groupe* » : il expose en effet que l'aliénation des sujets d'un groupe oblige les individus à mettre au placard une partie inaliénable d'eux-mêmes qui ressortira lors d'une crise de ce même groupe. Si cette crise est mise en travail, c'est-à-dire mise en pensée, elle permettra l'émergence des sujets du groupe par la circulation de la parole de chacun et ainsi, le groupe se trouvera enrichi de la singularité de chacun, de la pluralité des « je ». C'est en résistant contre notre propension à subir les effets de la psychose sans les penser que nous réussirons à faire renaître une psychiatrie de l'être et pas seulement du faire. Cette psychiatrie de l'être avec pourrait être ce qui vient faire lien, lien transgénérationnel, lien intersubjectif...

Et c'est ainsi que nous pourrions aussi favoriser l'émergence du « je » chez les personnes soignées, en leur offrant une pluralité de « je » et non pas un bloc à pensée unique ne leur donnant en retour qu'une facette d'eux-mêmes et les laissant ainsi dans la méconnaissance

de leur subjectivité. Nous sommes les porte-paroles des personnes dont nous prenons soin, porte-paroles au sens où Piera Aulagnier l'a décrit comme condition nécessaire au devenir du Je. Si nous sommes réduits au silence, alors nous mettons les patients dans le silence, au même titre qu'il est nécessaire de reconnaître leur subjectivité, leur « je » pour que celui-ci puisse advenir.

Je vous cite cette courte citation de Samuel Beckett dans « *L'innommable* » pour compléter le « *Je est un autre* » de Rimbaud :

« *Je dis je en sachant que ce n'est pas moi, car jamais le moi n'est totalement le je* »

Bibliographie :

« Le travail d'équipe en institution – Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique », Paul Fustier.

« L'expérience du groupe – Approche de l'œuvre de René Kaës », ouvrage collectif.

« Le dynamique des groupes restreints », Didier Anzieu, Jacques-Yves Martin.

« Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées », Jean-Pierre Pinel dans *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*.

« Les destins du plaisir », Piera Aulagnier

« L'homme procédural », Emmanuel Diet sur le site du Cairn