



Conflictualité et traumatisme vicariant dans les dispositifs thérapeutiques en groupe et en institution

Guy Gimenez

► To cite this version:

Guy Gimenez. Conflictualité et traumatisme vicariant dans les dispositifs thérapeutiques en groupe et en institution. Ed. Papazisi. Conflictualité et changement dans les groupes et les institutions, Ed. Papazisi, p. 67 - 77., 2024. <hal-04943387>

HAL Id: hal-04943387

<https://hal.science/hal-04943387v1>

Submitted on 12 Feb 2025

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.



HAL Authorization

Conflictualité et traumatisme vicariant dans les dispositifs thérapeutiques en groupe et en institution

Guy Gimenez

GIMENEZ G., (2024), Conflictualité et traumatisme vicariant dans les dispositifs thérapeutiques en groupe et en institution, in *Conflictualité et changement dans les groupes et les institutions*, sous la dir. de L. Mitsopoulou-Sonta et E. Papageorgiou, Ed. Papazisi, Athènes, p. 67 – 77. Publié en grec.

I Souvenirs, trauma vicariant

Souvenirs

J'ai le souvenir de mes premières années de travail en psychiatrie. J'étais très investi dans la thérapie de patients psychotiques en pavillon, en CMP, dans des groupes de thérapie avec des schizophrènes, tout en demeurant très présent pour le travail institutionnel et les équipes. Je me souviens de nuits difficiles lors la première année où je me réveillais en pleine nuit, et je vomissais, comme pour me débarrasser du trop-plein de ce qui, du travail de thérapies avec les psychotiques et des éléments de la dynamique institutionnelle non digérés, ne parvenait pas encore à trouver sa place... Et mon superviseur de l'époque, Marcel Thaon pour ceux qui ont eu le plaisir de le connaître, m'avait fait comprendre qu'on ne peut pas tout porter, tout élaborer, et que ce qui reste non symbolisé se stocke et agit en nous... Ce sont les effets, de ces expériences non digérées, non introjectées, le plus souvent traumatiques, des patients, et de la vie des équipes, dont j'aimerais étudier avec vous l'effet dans la psyché du clinicien, des équipes et de l'institution, et leur possible traitement.

Trauma vicariant

La dimension potentiellement traumatique, vécue par les cliniciens et les équipes, en écho aux traces traumatiques des patients (et leur charge) renvoie à ce qui est nommé très justement « trauma vicariant ». Il s'agit de la « contamination » d'une personne (le soignant) par le trauma d'une autre (le patient) (Crocq, 2014). C'est ainsi, que de grandes tensions encloses dans la psyché des patients peuvent, en écho, provoquer des mouvements régressifs et traumatiques chez un soignant ou dans une partie de l'équipe, ou dans une équipe de soin toute entière, secouée de façon très intense et violente qui « porte » une charge traumatique qui ne lui appartient pas.

Projet

Je propose d'étudier ces effets du trauma des patients, sur le psychisme des soignants en essayant de montrer comment il est possible de repérer les charges d'affects du trauma vicariant et les traces brutes qui lui sont liées, les traiter et les utiliser dans l'accompagnement des équipes et dans la thérapie de nos patients en grande difficulté. Je présenterai maintenant, avec un angle de réflexion différent, une situation clinique déjà en partie exposée dans l'excellent livre collectif « Le travail psychanalytique en institution ». Il s'agit de moments de la thérapie d'une patiente,

que je nommerai Alice, alors hospitalisée dans un pavillon d'un centre hospitaliser spécialité à Aix-en-Provence.

II Alice, l'archaïque, et ses effets institutionnels

Alice

Alice est une patiente schizophrène de 58 ans, qui a commencé à peindre six ans auparavant, et a organisé une exposition de peinture dans une structure d'artistes créée dans l'hôpital. L'exposition s'est bien passée. Elle, qui avait été hospitalisée pendant plus de 30 ans, reconnue comme schizophrène, délirante, accueillait les visiteurs, leur parlait, commentait ses toiles. Mais, juste après l'exposition, une des toiles non vendues, qui la représentait, elle petite, a disparue. On ne la retrouvera jamais. On imagine qu'elle a été volée. Alice la réclame, insiste, cherche, puis s'effondre. Elle régresse, et se renferme sur elle-même. Alice ne mange plus. Elle ne dort plus. Le psychiatre du pavillon augmente son traitement et l'équipe est de plus en plus inquiète. Elle est placée en chambre d'isolement et sous surveillance.

Déclancheur-réactivateur

Nous comprendrons plus tard que cet événement, la perte du tableau, a fonctionné pour Alice comme un déclancheur et un réactivateur d'autres expériences de pertes douloureuses et traumatiques, dont elle nous parlera plus tard, en lien avec la perte intolérable : le suicide de sa mère, la maltraitance et l'abandon de la part de son père alcoolique, le décès de sa sœur. Tout se passe comme si cet événement, qui aurait pu être anodin, avait réorganisé autour de lui toute une série de traumatismes non intégrés (Freud, 1920), comme un traumatisme cumulatif (Masud Khan, 1974) ; qui provoquera une régression importante, et de nombreuses insomnies.

Alice ingère du savon, et avale ensuite des tubes de peinture, ce qui nous fera penser après-coup qu'elle essaie de nettoyer et préparer au dedans, une autre surface d'inscription pour peindre à l'intérieur d'elle la toile qu'elle a perdue au-dehors. L'équipe décide de lui acheter des peintures ingérables pour les bébés pour éviter qu'elle ne s'intoxique. Le rapport à son enveloppe psychique semble perturbé dans un mouvement régressif : elle enlève ses vêtements, s'enveloppe dans la housse du matelas, comme si elle y cherchait une enveloppe qui pourrait la contenir. Le traitement augmente et elle arrête complètement de dormir.

Elle calfeutre de façon très minutieuse avec ses serviettes le dessous de la porte de la chambre d'isolement, puis bouche le fond des W.C. turcs. Elle tire ensuite la chasse pendant des heures... La pièce se remplit... et quand, dans l'après-midi une infirmière ouvre la porte, l'eau s'engouffre dans le couloir... et inonde le bâtiment... dans la panique générale... Cette patiente met ainsi en scène institutionnellement et nous fait éprouver, individuellement et en équipe, ce qu'elle vit à l'intérieur d'elle : elle nous déborde comme elle est elle-même débordée par ce qui se passe en elle.

Contre-transfert isomorphique et homologie fonctionnelle

On repère ici une forme particulière du contre-transfert institutionnel qu'on peut qualifier d'isomorphique, (de isos = égal et morphê = forme) : il prend une forme identique à des aspects de la problématique de la patiente. Bleger en avait eu l'intuition quand il a soutenu (1989) que les institutions de soins ont tendance à fonctionner sur le même mode que le problème qu'elles sont chargées de traiter. Racamier avait fait

un constat qui s'en rapprochait (Racamier, 1989). C'est aussi ce que traduit Jean-Pierre Pinel par le terme d' « homologie fonctionnelle » (1996) : ce que les équipes vivent semble correspondre à certains mécanismes psychiques des patients qu'elle traite. Il s'agit, pour nous, d'une forme spécifique de la fonction phorique (Kaës, 1913), telle que les a décrites Kaës, par laquelle l'équipe porte des mécanismes et scénarios qui appartiennent aux patients. C'est ainsi qu'on observe ce que je propose d'appeler un « transfert de processus » : par lequel des mécanismes (ici le clivage) en jeu chez des patients, se rejouent dans les liens entre les membres d'une équipe ou d'une institution.

III Alice, l'indicible sans limite

Le bébé dans le ventre, vomir ses excréments

Alice parle alors d'un bébé qui bouge dans son ventre hallucinatoirement. Elle place la nourriture qu'on lui donne dans son vagin, pour le nourrir, directement : elle remplit la cavité de son sexe de pâtes, de pain, de sauce tomate, de fromage, frôlant à plusieurs reprises de très graves infections. L'odeur dans la chambre d'isolement devient intolérable. C'est dans ce lieu que je la reçois. Quelques jours plus tard, Alice fait ses besoins dans le lavabo puis mange ses excréments, et les vomit aussitôt. Le fait de voir des excréments sortir par la bouche d'Alice est intolérable et sidérant y compris pour les infirmiers pourtant habitués à des situations très difficiles.

L'intolérable

Cette dimension intolérable vécue par l'équipe est également présente dans les entretiens. Alors que j'entre dans la chambre d'isolement où se trouve Alice, elle se jette par terre, nue, écarte les jambes et crie « je suis enceinte, je vais accoucher ». Je suis saisi par ce que je perçois. Alors que je recule d'un mètre et me place à l'extérieur, elle me signifie qu'elle a accouché. Faisant l'hypothèse qu'elle a investi la chambre comme la surface de son corps, je décide de faire l'entretien en équilibre sur la petite ligne qui sépare le couloir de la chambre d'isolement. Et l'entretien se passe paisiblement. Quelques jours plus tard, Alice peint les murs de sa chambre avec ses excréments. Ce qui rend l'atmosphère encore plus intenable malgré les tentatives répétées de l'équipe pour nettoyer... La dimension intrusive des odeurs rendent les séances quasiment insoutenables. Trois jours après je la trouve dans sa chambre, nue, et recouverte d'excréments, comme les murs, les yeux exorbités. L'odeur est insoutenable. Elle me renifle, puis passe sa main sur les parties productrices d'odeurs et de sécrétions sur son propre corps : sous ses bras, sur ses organes génitaux et sur son anus et m'en badigeonne le visage.

Le clinicien sidéré

Je me sens dans ce lieu, comme dans un cloaque étrange et étouffant, fétide et intolérable. Je suis envahi par ces odeurs qui emplissent mes narines dans la chaleur sèche de juillet à Aix, dans une chambre sans climatisation... Puis elle semble faire des dessins, sur mon visage et sur mes mains, avec ce mélange sidérant. Je reste sans voix ni mouvement, pétrifié et sidéré par ce qui se passe. Je suis incapable de penser, de réagir, ou de partir... Alice me renifle attentivement, puis me badigeonne encore de ces substances très personnelles et intimes, alors que j'essaie de trouver des mots, sans y parvenir, pour commenter ce qu'elle met en acte.

Puis elle me renifle à nouveau et me rebadigeonne. Au bout d'un moment, elle semble s'apaiser. Nous sentons enfin la même odeur... je suis comme elle, un peu elle, et nous pouvons échanger. Elle accepte de se mettre une robe de chambre et de venir avec moi pour un entretien dans mon bureau. J'associerai plus tard que je devenais pour elle une surface d'inscription. Et je fais l'hypothèse qu'essayait d'utiliser mon visage comme support pour peindre et figurer enfin ce qui était intolérable au-dedans. De mon côté, j'ai l'impression que son **odeur** m'accompagne partout, bien après que je me sois changé et douché, pendant plusieurs jours.

IV Trauma vicariant

Définition

Nous vivons en équipe des effets de ce que Pearlman et Saatvin ont nommé le « trauma vicariant » (Pearlman, L., Saatvine, K., 1995 ; McCann, L., & Pearlman, L. A., 1990) que certains comparent à un « traumatisme secondaire » (Rosenheck & Nathan, 1985) ou à un trauma par procuration. Nous soutenons que le trauma vicariant est sous-tendu par la « mise en dépôt », par identification projective (Klein, M, 1946), à l'intérieur du psychisme du clinicien et de l'équipe, de la charge traumatique, alors que celui-ci n'a pas vécu en direct l'événement intolérable. Il est une forme spécifique de « contre-transfert lié à un traumatisme » (Herman, 1992). Il s'agit d'un mécanisme en écho, par empathie, par compassion (Figley, 1995) ou par identification. Ces charges et les scénarios qui leurs sont liés sont à repérer, reconnaître et analyser (Piedfort-Marin, O. 2019a & 2019b).

Arrêt du sommeil et lutte contre la mort : figuration en réunion d'équipe

Dans les jours qui suivent, Alice continue à ne pas dormir, et résiste de façon troublante au traitement comme une lutte, terrifiante, contre la mort. Le médecin, pourtant conscient du danger, mais bien décidé à réussir à la faire dormir, augmente le traitement de façon importante. L'équipe est sidérée. Ce bras de fer nous amène à nous réunir en équipe en urgence. L'équipe est bouleversée mais reste sans voix. Les moments de silence sidérant alternent avec des mots violents et douloureux. Sont alors évoqués avec beaucoup de charge émotionnelle, les angoisses de mort de l'équipe : pour certains, l'angoisse qu'Alice meurt d'empoisonnement par trop de médicaments, pour d'autres qu'elle meurt par manque d'intervention suffisante... Les soignants parlent de la sensation d'impuissance en voyant dépérir cette patiente, sans parvenir à l'aider. Ils évoqueront qu'ils se sentent à la fois intrusés et intrusifs : intrusés (par les odeurs intenses, les cris, les comportements archaïques d'Alice) et intrusifs vis-à-vis d'Alice (médicaments donnés alors qu'ils pensent que la dose en augmentant devient dangereuse).

On repère un clivage important et douloureux dans l'équipe de soin, séparant et opposant ceux qui pensent qu'on doit faire dormir Alice coûte que coûte et ceux qui pensent qu'on la met en vrai danger avec de telles doses de médicaments. Nous repérerons après-coup que ce clivage est l'expression, et l'écho, dans l'équipe, du fonctionnement clivé d'Alice (transfert de processus).

Mise en mots des scénarios d'intrusion et d'abandon

Cette verbalisation par les deux parties de l'équipe, laisse progressivement place à la prise de conscience que ces deux sous-groupes portent une part « complémentaire » du processus mortifère : avec le couple d'opposé « tuer par abandon et manque » ou faire mourir « par effraction intrusive et trop plein ». La mise en mots de ces scénarios d'intrusion et d'abandon, seront également travaillés en thérapie individuelle : d'une part la question des pertes jusque-là impensables d'objets primaires qui ont marquées la vie d'Alice, le suicide de sa mère, la maltraitance et l'abandon par son père alcoolique, le décès de sa sœur, et d'autre part la dimension intrusive des traumatismes qu'elle a subis, réactivées par la perte du tableau.

Présence hallucinatoire

Je parlerai alors de mon expérience quasi-hallucinatoire (partagée par plusieurs membres de l'équipe) de sa présence et des odeurs dont elle nous a saturés (Gimenez, G., 2010). On en arrive à parler d'avoir été « habités » (surement par incorporation) par la destructivité et la déliaison, ce que nous comprenons après-coup comme l'effet de l'identification projective (Klein, 1946) et le dépôt de scénarios et de charges affectives en nous. J'essaie de traduire, dans cette difficile réunion, cette tension extrême entre deux mouvements contradictoires, sous-tendu par un clivage important dans l'équipe, en échos de ce qui se passe à l'intérieur d'Alice. Je dis que la décision du médecin de la faire dormir et la lutte d'Alice contre le sommeil nous mettent dans une impasse et ont fait ressentir des angoisses de morts partagées. Le médecin parvient alors, à évoquer, avec beaucoup d'émotions, son impression, repérée après-coup, d'avoir été pris dans un mouvement paradoxal face à une situation indécidable : augmenter le traitement étant dangereux, ne rien faire tout autant... Chacun reconnaît en lui cette tension, et, au bout de cette longue réunion très éprouvante, le psychiatre, ému, et conscient du danger, décide de mettre en place une « fenêtre thérapeutique » et d'arrêter complètement son traitement. Mais, après la réunion, au lieu de le lui signifier comme c'était convenu, il part à sa consultation au Centre Médico-Psychologique, sans rien lui dire de cette décision pourtant si importante.

Entretien avec Alice : l'apaisement

Dans l'après-midi, après la réunion, j'ai un entretien avec Alice. Elle est près de la fenêtre, prostrée, nue. Elle saisit une feuille de papier, y fait un gribouillis, la froisse violemment, en fait une boulette qu'elle met à sa bouche et la mâche longuement. Elle me regarde d'un regard profond et déterminé. Au bout d'un long moment, elle crache la boulette, mâchée, sur mon visage. Et je fais subitement le lien avec notre réunion. Je suis très ému. Et je lui dis qu'en effet, nous venons d'avoir une réunion, et qu'il a été décidé de mettre en place une fenêtre thérapeutique : elle n'aura plus de traitement les semaines à venir. Elle me regarde très émue, je vois des larmes couler sur ses joues. Je sens une tension forte, en écho, derrière mes yeux chargés d'émotions. Sans rien dire, elle s'allonge sur son lit et s'endort. Je suis soulagé. Je sens la tension qui demeurait depuis plusieurs jours dans mes épaules céder soudain... Dans les jours qui suivent, Alice recommence à dormir et pourra sortir de la chambre d'isolement, plus paisiblement. Progressivement la sidération de l'équipe laisse place à un moment dépressif et de grande fatigue, puis à une certaine détente. Les tensions très fortes, de l'équipe, cèderont dans les semaines suivantes.

Un mot de conclusion

A ce point de notre réflexion, et en guise de conclusion, nous souhaiterions proposer une définition intersubjective du traumatisme vicariant : il s'agirait d'une tentative, pour le patient, de se débarrasser d'une charge (traumatique) d'affect qu'il ne peut traiter et de la placer (mise en dépôt) dans le thérapeute, dans l'équipe, et dans l'institution, par identification projective ; le traumatisme peut ainsi être (si cela a été rendu possible par le dispositif et par la préparation préalable du thérapeute) accueilli et reçu (capacité de rêverie), puis transformé (fonction alpha, contenance), à la fois dans son écho chez le ou les cliniciens, dans l'équipe, dans l'institution et en retour, chez le patient lui-même.

Références bibliographiques

- Bleger, J. (1989). « Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions », dans R. Kaës et al., *L'Institution et les institutions*, Paris, Dunod, p. 47-61.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Freud, S., (1920), « Principe du plaisir et névrose traumatique. Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, p. 13-20.
- Jimenez, G., (2010). *Halluciner, percevoir l'impensé*. Bruxelles : de Boeck.
- Klein, M., (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In M., Klein, P., Heimann, Isaac, S., Rivère, J. (1966). *Développements de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 274-300.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Khan, M., (1974). "Le concept de traumatisme cumulatif." *Le soi caché* (1974): 69-87.
- Kaës, R. (1913). *Un singulier pluriel*. Dunod. En particulier le chapitre 8 : Les fonctions phoriques : porte-parole, porte-symptôme, porte-rêve (p167-186).
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.
- Pinel J.P. (1996). « La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducation. Perspective économique et principe d'intervention » in Kaës R. et coll., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996, p50-79
- Racamier P.-C. (1989). *Antædipe et ses destins*, Paris, Apsygée, coll. « Le corps commun ».
- Rosenheck, R. & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(5), 538-539.

Piedfort-Marin, O. (2019a). Le trauma et le thérapeute. *European Journal of Trauma & Dissociation* 3 (2019) 147–149.

Piedfort-Marin, O. (2019b). Lorsque les traumatismes du thérapeute émergent en séance de psychothérapie : l'utilisation du contre-transfert lié à des traumatismes *European Journal of Trauma & Dissociation* 3 (2019) 171–180.