

ADDICTION A L'ALCOOL ET PROCESSUS DE CONTAMINATION GROUPAL

Psychologues et psychologies, n° 168. Paris.

Guillaume POUPARD¹

Didier OLIVIER²

QUESTIONNEMENT INITIAL

L'organisation des journées du GRAP (Groupe de Recherche en Alcoologie de Provence) en octobre 2001 nous avait conduit à définir un des axes de questionnement dans notre travail clinique et de recherche auprès de patients addictifs à l'alcool : « Entre héritage, contamination et innovation ». L'étude préalable qu'un de nous avait réalisée auprès de différents centres d'alcoologie des régions du sud-est (D. Olivier, 2001), nous avait amenés à conclure à une homogénéité dans le type de prise en charge et de dispositifs de soins proposés à ces patients. Ainsi l'héritage semblait alors avoir laissé ses traces dans les pratiques soignantes qui se pérennisaient autour des séances film-débat (« Le Poison », « Un singe en hiver », « La femme de ma vie », « Programme Phare »...), de la relaxation ou encore des groupes de parole.

Dans le même temps, nous observions que les modifications de certaines caractéristiques de nos dispositifs thérapeutiques rencontraient dans l'institution des mouvements massifs de résistance tant chez les soignants que chez les personnes accueillies. Ceci nous avait invités à questionner les conditions et les sources de ces refus de changement et à formuler l'hypothèse de l'existence de processus de « contamination » opérant au niveau groupal et institutionnel.

Notre propos dans cet article est d'interroger et d'illustrer les effets de résonance de la pathologie des patients addictifs à l'alcool sur le fonctionnement groupal et institutionnel.

¹ Psychologue Clinicien / Centre d'alcoologie clinique, 05700 Méreuil / Chargé de cours, Université de Provence, Centre de recherche PsyCLE / g.poupard@mageos.com

² Cadre de santé : Centre d'alcoologie clinique, 05700 Méreuil.

INTRODUCTION

L'institution et le groupe sont ici envisagés dans la lignée des travaux développés par R. Kaës et coll. (1996) comme des instances d'articulation d'éléments et de processus hétérogènes, mais aussi de dépôt des mouvements pulsionnels opérant dans une zone intermédiaire : « (...) au carrefour du dedans et du dehors, balisant les rapports du singulier et du pluriel, de l'intra-, de l'inter-personnel et du transpersonnel, l'institution (et le groupe) sont des instances d'articulation de formations psychiques extrêmement sensibles aux effets de la déliaison » (J.-P. Pinel, 1996). Parties constituantes et externalisées de la psyché de leurs membres, ces objets cliniques nous confrontent à « l'inextricable » (R. Kaës, 1989) et bien que toujours partiellement impensables et inaccessibles, ils permettent néanmoins l'appareillage de registres, de réalité et de logiques différents mais aussi l'articulation de niveaux et de formations psychiques hétérogènes.

Ce faisant, nous appréhendons le groupe et l'institution, aux carrefours d'espaces différents, comme des systèmes de tension et des structures de circulation énergétique. L'étude de ces dernières permet de rendre compte des caractéristiques des investissements psychiques intersubjectifs et groupaux ainsi que de leurs destins, mais engage aussi les cliniciens à repérer les processus psychiques groupaux et institutionnels qui y sont impliqués. En effet, l'analyse quantitative et qualitative de l'énergétique à l'œuvre et de ses avatars leur permet de dresser une cartographie économique groupale et institutionnelle mais aussi de saisir les processus de régulation et les dysfonctionnements spécifiques de et dans ces différents espaces. Penser ainsi et conjointement le type de circulation énergétique et le mode de fonctionnement psychique et psychopathologique des patients accueillis, nous amènera à préciser dans cet article la spécificité de la dérégulation économique groupale des liens des patients addictifs à l'alcool.

Les travaux sur l'institution comme objet de recherche du paradigme psychanalytique datent d'un demi-siècle environ, croisant des concepts issus de la psychologie sociale et de l'approche clinique. Un des précurseurs, E. Jaques (1955), avance alors l'hypothèse du regroupement des individus au cœur d'une institution comme défense face à des angoisses archaïques : « On peut penser que les individus projettent à l'extérieur les pulsions et les objets internes qui, sinon, seraient source d'anxiétés psychotiques et qu'ils les mettent en commun dans la vie des institutions sociales où ils s'associent » (E. Jaques, 1955, 547). Ainsi est souligné que, par le mécanisme d'identification projective, des fonctions de certaines

instances intrapsychiques peuvent être temporairement remplacées par celles occupées dans la réalité par certains membres du groupe (i.e : l'idéal du moi par le leader réel). Nous insistons d'ores et déjà sur l'idée que, si l'adhésion de chacun à l'entité sociale qu'est l'institution est soutenue par des mécanismes d'identification projective et de clivage (visant à annihiler les mouvements anxigènes), tout changement est potentiellement apte à réactiver les angoisses archaïques initiales de type dépressif ou schizo-paranoïde que chacun tentait de faire taire.

Mais les écrits de D. Anzieu (1985), quelques années plus tard, relatifs à l'existence d'une analogie entre le groupe et le rêve, nous amènent à penser le groupe comme pouvant permettre la réalisation imaginaire de désirs inconscients infantiles déposés par chacun des sujets en tenant compte des défenses contre l'angoisse. Les processus primaires interviennent dans le travail psychique de transformation consécutif à l'existence de la censure. Les processus secondaires sont, quant à eux, associés au travail de pensée et caractérisent le système préconscient. Quant à l'espace groupal, il permet que se rencontrent, se croisent ou résonnent les discours des membres du groupe. Le travail associatif qui s'y déroule peut alors être envisagé comme un travail de transformation des énoncés associatifs des différents participants à partir et dans les relations transférentielles nouées au cours des rencontres ; se mêlent ainsi les discours individuels et le discours de groupe qui suppose l'existence d'une représentation-but partagée par les membres du groupe (organisateur inconscient du discours).

Dans cette optique clinique, le groupe est pensé comme un espace de rencontre pulsionnelle avec plus-d'un-autre, comme le formule R. Kaës, dans lequel les sollicitations multiples proviennent des parts individuelles et des parts liées à la rencontre de "plus-d'une-psyché" : « Les signifiants apportés par chacun sont déterminés par le fantasme de désir inconscient de chacun et par les processus primaires qui travaillent la figurabilité de ce désir. Ils sont aussi ordonnés par les représentations-but associées à l'organisateur groupal inconscient qui tient ensemble, agence et appareille les psychés. Toutefois, la diversité des sujets et la singularité de chacun crée une certaine tension par rapport à ces représentations-but individuelles et communes : « des événements associatifs » imprévisibles et surprenants surgissent dans le cours des associations ». (R. Kaës, 1999, 80). Le principal intérêt de cette rencontre résonnante de "plus-d'une-psyché" est qu'elle permet que les parts jusque là laissées en suspens, car inaccessibles à un travail de transformation psychique, puissent être remises en circulation grâce à la relance de l'activité du Préconscient ; le groupe apparaît alors dans sa fonction de transformation d'expériences traumatiques.

Nous nous proposons à présent d'illustrer notre questionnement par quelques situations groupales ou institutionnelles issues de notre pratique clinique et institutionnelle auprès de patients addictifs à l'alcool. La première séquence clinique insiste plus particulièrement sur l'effacement des traces verbales mais aussi sur les alliances défensives entre un patient et des soignants. Celle-ci nous amènera à préciser les caractéristiques du dysfonctionnement de l'activité de représentation psychique des patients addictifs à l'alcool. La seconde, met en relief la non-inscription psychique d'un événement du quotidien et l'impossibilité des protagonistes, en situation de tension, à pouvoir se représenter mentalement ce qu'ils n'ont pas pu expérencier de façon concrète. Concernant cette situation clinique, il sera en particulier mis en exergue la circulation contagieuse des mouvements confusionnels entre les membres de l'équipe soignante et le patient concerné.

PATHOLOGIE ET PROCESSUS DE CONTAMINATION GROUPAL

« Espace vacant ou l'effacement de la trace verbale »

Cette première vignette clinique nous intéresse particulièrement dans la mesure où elle souligne une forme de processus de contamination groupal que nous avons pu observer de façon récurrente dans les groupes et institutions accueillant des patients présentant une addiction à l'alcool.

Plaçons-nous un instant dans le quotidien thérapeutique de ce centre d'alcoologie qui reçoit une vingtaine de patients, hommes et femmes, pour une durée de cure de 4 à 8 semaines. Chacun d'eux s'engageant à participer aux activités thérapeutiques de groupe proposées durant la semaine. Le planning de celles-ci est remis à chaque patient à son entrée et affiché dans le hall central de la structure, ainsi que toute modification qui pourrait survenir dans le programme de soin.

L'absence et le remplacement de la psychomotricienne pour une longue période avait été prévus et parlés en équipe depuis plusieurs mois. Les deux infirmières qui s'étaient proposées d'animer régulièrement des séances de travail corporel étaient formées à ce type de pratique thérapeutique. Ce nouvel espace de soin s'articulait autour de règles qui avaient été préalablement définies par l'équipe soignante (notamment par rapport à la présence à minima d'une de ces deux infirmières pour que l'activité ait lieu). Une annexe au planning d'activité

de l'institution affichée dans le hall d'entrée du centre notifiait les dates de fonctionnement de ce groupe.

Cette activité fonctionne régulièrement et depuis plusieurs séances jusqu'à ce matin d'octobre 2001 où l'absence de ces deux infirmières ne permet pas que l'activité ait lieu eu regard à la règle de fonctionnement ci-dessus évoquée. Autour du petit morceau de papier, laissé par le cadre de santé sur le tableau d'affichage, « pas de psychomotricité aujourd'hui », s'agitent de façon inhabituelle certains patients, manifestant agressivité et incompréhension. Mais ils interrogent aussi, non sans une certaine anxiété mêlée de confusion, plusieurs soignants présents ce jour afin que soit confirmée cette "non-activité". Le malaise est palpable et l'inhabituel de la situation est interrogé avec vigueur ; la présence de cette plage horaire laissée vacante mobilise des éprouvés internes négatifs manifestes, et ce, même chez les patients qui jusqu'alors évitaient cette activité.

Puis, cet état de confusion et de tension psychique se propage progressivement chez certains membres de l'équipe soignante qui attaquent à leur tour et en miroir le cadre de travail qui avait été préalablement défini et réfléchi au sein de l'institution. Les éprouvés contre-transférentiels qui insistent sur un état de souffrance interne et diffuse, de confusion et d'injustice signent l'existence d'un fonctionnement en miroir. Des tentatives de modification de la règle de départ sont envisagées comme une solution potentielle à l'état de crise qui se déploie dans l'espace groupal. La difficulté des patients à tolérer une modification du dispositif de soin a envahi l'espace psychique des soignants, ceux-là même qui avaient fondé et institué les règles de cette activité thérapeutique.

Le maintien de la décision initiale d'équipe (annuler l'activité en l'absence des infirmières-animatrices de ce groupe) qui est débattu et réaffirmé en réunion de fonctionnement institutionnel précède alors l'apaisement de l'état de tension interne que l'on pouvait jusqu'alors observer dans le groupe des patients mais aussi dans celui des soignants.

« Je n'étais pas là, donc ça n'a pas existé »

Laissons-nous à nouveau traverser par une situation clinique émergeant un samedi matin dans cette même institution. Madame saint Thomas, a été accueillie dans ce service de soins depuis maintenant trois semaines. Ce matin là, quelques temps après son réveil, elle demande à un infirmier que l'institution lui prête 45 euros pour ses achats courants (biscuits, cigarettes...). Les infirmiers présents répondent favorablement à cette demande à partir du budget alloué au service par l'Association d'Entraide Psychosociale de l'hôpital, et ce, après qu'ils en aient discuté entre eux. Quelques jours plus tard, madame saint Thomas rembourse comme convenu et dans son intégralité le prêt accordé.

Quinze jours s'écourent avant que madame saint Thomas sollicite de l'assistante sociale un nouveau prêt. Celle-ci, conformément au fonctionnement du Service fait appel à un infirmier pour que la décision soit prise en binôme. La patiente s'énerve alors et renvoie aux personnes présentes que, la fois précédente il n'y avait pas eu de discussion entre les différents soignants et que tout avait été plus facile. L'assistante sociale et l'infirmier concernés tentent de lui expliquer les règles de fonctionnement qui ont cours et qui ont été définies antérieurement en équipe. Ils envisagent alors avec elle le scénario qui a dû se dérouler la fois précédente en évoquant la possibilité que la discussion ait eu lieu en dehors de sa présence. Madame saint Thomas insiste, convaincue qu'il n'y a pas eu de discussion ni de concertation.

Les soignants présents et concernés par cette situation perçoivent une anxiété croissante chez cette patiente et leurs éprouvés contre-transférentiels mêlent des sentiments aigus de confusion, de doute, mais aussi de persécution à son endroit. Après le moment de surprise quelque peu sidérant, ils maintiennent le cadre habituel et informent la patiente de la décision qu'ils ont prise par rapport à sa nouvelle demande de prêt. Cependant, reste dans les pensées de certains soignants, un doute envahissant concernant la procédure suivie par leurs collègues quinze jours plus tôt ; à moins que cela ne soient les modalités elles-mêmes qui aient changé, et ce, sans qu'ils aient été mis au courant...

Le retour verbal aux soignants présents ce jour là est rapide et nécessaire pour chacun d'eux, tant il leur est difficile de prendre du recul par rapport à cette situation, de l'analyser dans son déroulement factuel ou d'émettre d'autres hypothèses sur ce qui a pu se passer ou encore sur les caractéristiques de la problématique de la patiente. Ce qui n'a pas été vu ne semble pouvoir exister dans les pensées des uns et des autres. L'incertitude qui colore ce moment de vie institutionnelle déstabilise à la fois les soignants qui l'ont traversé mais aussi

ceux qui en ont entendu le récit. Le lundi suivant, lors du temps des transmissions, l'événement est réabordé en équipe et le cadre de santé énonce qu'aucune modification n'a été effectuée et que la procédure de prêt est à maintenir telle qu'elle a été définie préalablement dans l'institution. Ces paroles énoncées dans ce temps d'après-coup et de dégagement des processus de sidération permet alors que chacun des membres de l'équipe soignante se recentre sur la clinique de la pathologie de madame saint Thomas.

Quelques pistes d'analyse

Ces moments de vie institutionnelle nous amènent à interroger les mécanismes de régulation économique mis en oeuvre face aux processus de contamination de l'appareil psychique groupal (R. Kaës, 1976) et/ou institutionnel (J.-P. Pinel, 1996) par la pathologie des patients accueillis.

La première séquence clinique insiste sur les effets de la modification de l'espace du quotidien (annulation de l'activité psychomotricité) qui a confronté les patients à l'expérience de la vacuité. Nous avançons l'hypothèse que le côté anxiogène de la situation et le déploiement de mécanismes de défense face au changement sont en résonance avec la difficulté pour ces patients à pouvoir se représenter mentalement l'absence des animatrices du groupe. Cet événement, inscrit dans le quotidien de l'institution, est venu réactiver des expériences sensori-affectives antérieures non-suffisamment élaborées. Ce faisant, ces traces expérientielles "quasi-brutes" (qui témoignent d'une certaine dysliaison entre les représentations de choses, les représentations de mots et les affects associés) ont laissé impuissants ces patients à s'engager dans un travail psychique de symbolisation. Nous rejoignons et prolongeons ici les travaux développés par plusieurs chercheurs inscrits dans le paradigme psychanalytique concernant l'Addiction (J.-Mc Dougall, 1978, 1982 ; P. Gutton, 1984 ; P. Jeammet, 1990, 1991, 1994, 1995 ; A. Green, 1993) qui se centrent sur la qualité des relations d'objets primaires et mettent en relief les conséquences pathologiques au niveau des processus de pensée (respectivement : troubles des capacités d'intériorisation de l'objet ; d'introjection ; de fantasmer).

La seconde, insiste plus particulièrement sur les troubles de l'activité de représentation mentale de l'objet en son absence et ses effets de contagion au niveau de l'équipe soignante. En effet, il apparaît pour cette patiente que ne pas avoir "expérientié" la rencontre et la discussion entre les deux soignants lors de sa première demande de prêt, ne lui a pas permis

ultérieurement d'en construire une trace psychique. Il ne nous semble pas qu'il soit question ici de déni mais bien plutôt d'une défaillance de l'activité de dramatisation qui n'a pas pu s'étayer sur la concrétude des événements de la réalité externe. Mais ce constat et ces hypothèses cliniques peuvent tout aussi bien être avancées à l'égard du fonctionnement des soignants. Pour prolonger notre propos initial sur les phénomènes de contamination groupale, nous pouvons ici nous centrer sur les éprouvés contre-transférentiels de confusion agissant en chacun des membres de l'équipe qui se sont saisi, dans des temps différents, de cette situation complexe. L'impossibilité de madame saint Thomas à pouvoir se représenter mentalement la rencontre des soignants lors de la première demande de prêt est venue envahir puis paralyser l'activité psychique de ses interlocuteurs. Le doute s'est peu à peu diffusé au sein de l'équipe soignante effaçant sur son chemin les paroles fondatrices antérieures et paralysant "dans l'œuf" tout processus de représentation dramatisée chez ces soignants et cette patiente.

CONCLUSION

Ces moments de vie institutionnelle nous ont amené à interroger les mécanismes de régulation économiques nécessaires face aux processus de contamination des appareils psychiques groupal et institutionnel par la pathologie des patients addictifs à l'alcool. Ainsi, la mise en œuvre d'alliances défensives par certains soignants de l'institution confrontés à ces moments d'impuissance et de sidération de l'activité de pensée rend compte pour nous d'un effet de contagion qui s'actualise dans ce que nous nommons, en reprenant les termes de J.-P. Pinel (1996, 51), « homologie *psychique** fonctionnelle ». En effet, nous soutenons que l'angoisse lancinante qui s'est diffusée dans cette institution ainsi que les procédés de sauvegarde de la vie psychique, présents chez les soignants, étaient en miroir avec ceux des patients accueillis.

L'accrochage maniaque à la concrétude des traces écrites (comme défense face au changement) et l'irreprésentable des paroles fondatrices énoncées, mettent en exergue la défaillance des fonctions de constance et de signifiante du Penser nécessaires à un travail psychique de reprise élaborative et de transformation (D.Anzieu, 1993, 1994). Les patients addictifs à l'alcool sont alors contraints à recourir à des mécanismes de défense archaïques pour barrer l'émergence d'angoisses massives (arrachement, décollement, écrasement, liquéfaction, effacement). Quant aux attaques des traces sensori-verbales au niveau des deux

* c'est nous qui rajoutons

feuilles emboîtés que sont la surface d'excitation/pare-excitation et la surface d'inscription, elles caractérisent une des spécificité de la psychopathologie des patients addictifs à l'alcool que nous avons mise en relief dans une recherche précédente (G. Poupard, 2002). En effet, celles-ci viennent en écho à la lutte menée par les patients alcooliques contre des angoisses archaïques de confusion chaotique et suspendent « le développement de l'appareil psychique et du moi [qui] passe par la différenciation progressive de ces deux enveloppes et par l'établissement entre elles d'articulations qui maintiennent en même temps un écart suffisant » (D. Anzieu, 1994, 140).

« (...) Penser les pensées-douleurs suscitées par la rencontre du vide » (D. Anzieu, 1993, 151) est alors pour nous l'axe central de notre interrogation sur le nécessaire recours à des mécanismes d'alliance intersubjective (soignants/patients alcooliques) et sur les moyens de dégagement et d'élaboration de la contamination groupale.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D., 1985. *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod
- ANZIEU, D., HAAG, G., TISSERON, S., LAVALLEE, G., BOUBLI, M., LASSEGUE, J., 1993. *Les contenants de pensée*. Paris : Dunod.
- ANZIEU, D., 1993. « Une approche psychanalytique du travail de penser ». *Journal de psychanalyse de l'enfant*, n° 14. Paris : Bayard.
- ANZIEU, D., 1994. *Le Penser*. Paris : Dunod.
- GREEN, A., 1993. *Le travail du négatif*. Paris : Les éditions de minuit.
- GUTTON, P., 1984. « Pratiques de l'incorporation ». *Adolescences*, 2, 315-338.
- JAQUES, E., 1955. « Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété de persécution ». In : LEVY, A., 1990. *Psychologie sociale, textes fondamentaux, tome 2*. Paris : Dunod, 546-565.
- JEAMMET, P., 1990. « Les destins de la dépendance à l'adolescence ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 (4-5), 190-199.
- JEAMMET, P., 1991. « Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie ». In *La boulimie. Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*. Paris : PUF.
- JEAMMET, P., 1994. « Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique ». In D. BAILLY, J.-L. VENISSE (edit.). *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson.
- JEAMMET, P., 1995. « Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction ». *Cliniques méditerranéennes*, 47/48, 155-175.
- KAES, R., 1976. *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- KAES, R., 1989. « Le pacte dénégatif dans les ensembles intersubjectifs ». In MISSENARD, A., ROSOLATO, G., et coll., *Le Négatif. Figures et modalités*. Paris : Dunod, 101-136.
- Mc DOUGALL, J., 1978. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- Mc DOUGALL, J., 1982. *Théâtre du Je*. Paris : Gallimard.
- OLIVIER, D., 2001. *Enquête sur les pratiques soignantes en centre d'alcoologie*. Méreuil : Centre d'Alcoologie Clinique. Non publié.
- PINEL, J.-P., 1996. « La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducation. Perspectives et principes d'intervention ». In : R. KAES, J.-P. PINEL, O. KERNBERG, A. CORREALE, E. DIET, B. DUEZ. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris : Dunod.
- POUPARD, G., 2002. *Addiction à l'alcool, dispositif psychothérapeutique et régulation des éprouvés internes*. DEA de psychologie clinique et pathologique. Sous la direction de J.L PEDINIELLI, G. GIMENEZ. Aix-en-Provence.